



POTILAAN RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI JA NRS 2002 -MENETELMÄN KÄYTTÖ SAIRAANHOITAJIEN KOKEMANA

Noora Hiljanen

Sanna Salmela

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajakoulutus

HILJANEN, NOORA & SALMELA, SANNA:

Potilaan ravitsemustilan arviointi ja NRS 2002 -menetelmän käyttö sairaanhoitajien kokemana

Opinnäytetyö 49 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Lokakuu 2016

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia potilaan ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä vuodeosastolla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä hoitotyössä. Tavoitteena oli löytää keinoja, joilla NRS 2002 -menetelmän käyttö saadaan osaksi arjen toimintaa vuodeosastolla. Aiheesta rajattiin pois ravitsemushoidon osuus. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä haastatteleamalla neljää Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä työskentelevää sairaanhoitajaa. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teema-haastattelua. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että sairaanhoitajat pitivät ravitsemustilan arviointia ja seulontaa tärkeänä asiana. Potilaan ravitsemustilaa arvioitiin osastolla havainnoimalla, haastatteleamalla, erilaisia mittauksia hyödyntämällä ja seuraamalla nestetasapainoa. NRS 2002 -menetelmän käyttöönotto oli osastolla vielä alussa, minkä vuoksi sen käyttö oli vähäistä. Ravitsemustilan arvioinnin ja NRS 2002 -menetelmän käytön haasteiksi nousivat ajanpuute, tietojen hankala saatavuus, potilaiden lyhyet hoitajaksot sekä yhteisten toimintatapojen ja perehdytyksen puute. NRS 2002 -menetelmän saaminen osaksi arjen toimintaa vaati sairaanhoitajien mukaan hyvää perehdytystä, konkreettista ohjausta, moniammatillista yhteistyötä, yhteisesti sovittuja toimintatapoja ja omahoitajuuden hyödyntämistä.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää osaston toiminnan kehittämisessä. Kehittämisehdotuksena osastolle on perehdytyksen ja ohjauksen lisääminen sekä yhteisistä toimintatavoista sopiminen. Ravitsemustilan arviointia ja NRS 2002 -menetelmän käyttöä on tutkittu hoitotyössä hyvin vähän. Jatkotutkimusehdotuksena on tutkia havainnoinnin avulla, miten hoitajat arvioivat potilaan ravitsemustilaa. Lisäksi jatkossa voisi tutkia ravitsemushoidon toteutumista moniammatillisessa työyhteisössä. Vajaaravittujen potilaiden osuutta sairaalahoidossa voisi tutkia myös määrällisesti.

Asiasanat: ravitsemustilan arviointi, vajaaravitsemus, NRS 2002 -menetelmä

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

HILJANEN, NOORA & SALMELA, SANNA:

The assessment of the Patient's Nutrition Status and Using the NRS 2002 -method Experienced by Nurses

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 4 pages
October 2016

The purpose of this study was to examine nurses' experiences of the nutrition status assessment and the use of NRS 2002 -method on the hospital ward. The aim was to produce information of the nutrition status assessment and the use of NRS 2002 -method in nursing. The aim was also to find ways how to get the NRS 2002 -method use part of everyday activities on the hospital ward. The study was carried out by using a qualitative method. The data were collected from four nurses who work for Pirkanmaa Hospital District through theme interview. The data were analyzed by means of qualitative content analysis.

The results of this study showed that nurses considered nutrition status assessment and screening as important. A patient's nutrition status was assessed by observing, interviewing, exploiting different measurements and following fluid balance on the hospital ward. The introduction of NRS 2002 -method was still at the outset and that is why its use was low. The results revealed that challenges of the nutrition status assessment and NRS 2002 -method use were lack of time, difficulties of information availability, patients' short treatment periods and both lack of common approaches and orientation. According to nurses getting NRS 2002 -method as a part of everyday activities required good orientation, concrete guidance, multi-professional cooperation, commonly agreed practices and the use of primary nursing.

The results can be utilized in the development of the department's activities. The development suggestions for action are to add nurses' orientation and guidance, and to agree common practices. The suggestion for further study is to examine how nutrition status assessment is carried out in a multi-professional working community. The proportion of malnutrition patients in nursing could be examined also by using a quantitative method.

Key words: nutrition status assessment, malnutrition, NRS 2002 -method

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITEET	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet.....	9
3.2	Potilaan ravitsemustila ja sen arviointi	10
3.2.1	Ravintoanamneesi	10
3.2.2	Antropometriset mittaukset.....	11
3.2.3	Kliiniset tutkimukset	12
3.2.4	Laboratoriotutkimukset	13
3.2.5	Seulontamenetelmät	14
3.3	NRS 2002 -menetelmä.....	16
3.4	Vajaaravitseminen.....	17
3.5	Vajaaravitsemuksen riskit.....	19
3.5.1	Ikääntymiseen liittyvät vajaaravitsemuksen riskit	20
3.5.2	Sairauteen liittyvät vajaaravitsemuksen riskit.....	21
3.6	Vajaaravitsemuksen seuraukset	22
3.6.1	Potilaan näkökulma.....	22
3.6.2	Taloudellinen näkökulma.....	23
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	25
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	25
4.2	Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä.....	25
4.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	27
5	TULOKSET	30
5.1	Sairaanhoitajien toteuttama ravitsemustilan arviointi osastolla.....	30
5.1.1	Ravitsemustilan arviointi osastolla	30
5.1.2	Ravitsemustilan arviointiin liittyvät haasteet.....	32
5.2	Sairaanhoitajien kokemuksia NRS 2002 -menetelmän käytöstä	33
5.2.1	NRS 2002 -menetelmän käyttö osastolla	33
5.2.2	NRS 2002 -menetelmän käyttöön liittyvät haasteet.....	35
5.3	NRS 2002 -menetelmän saaminen osaksi arjen toimintaa.....	35
	POHDINTA	38
5.4	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	38
5.5	Opinnäytetyön luotettavuus	39
5.6	Opinnäytetyön eettisyys.....	40
5.7	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	42
	LÄHTEET.....	44

LIITTEET	46
Liite 1. NRS 2002 -menetelmä	46
Liite 2. Teemahaastattelurunko	47
Liite 3. Saatekirje	48
Liite 4. Kirjallinen suostumuslomake	49

1 JOHDANTO

Ravitsemustila kuvaa terveyttä, joka vaikuttaa ihmisen päivittäiseen jaksamiseen ja sairauksista toipumiseen. Lisäksi ravitsemustila vaikuttaa elimistön kykyyn vastustaa tartuntatauteja ja muuttaa haitallisia aineita vaarattomaan muotoon. (Voutilainen, Fogelholm & Mutanen 2015, 162.) Optimaalinen ravitsemustila tarkoittaa riittävää energian ja ravintoaineiden saantia niin, että saavutetaan paras mahdollinen terveydentila (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 14). Potilaan ravitsemustilaa heikentäviä tekijöitä ovat muun muassa ravintoaineiden riittämätön saanti tarpeeseen nähden tai ravinnon tarpeen kasvu silloin, kun ravinnon saanti pysyy samana tai vähenee (Voutilainen ym. 2015, 163–164). Ravitsemustilan arvioinnin tavoitteena on löytää vajaaravitut ja vajaaravitsemuksen riskissä olevat potilaat (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 15).

Sairaalapotilaista 25-50 prosenttia kärsii vajaaravitsemuksesta (Burgos ym. 2012, 470). Suomessa on arviolta noin 500 000 riskipotilasta, eikä muissa Euroopan maissa ole merkittäviä eroja vajaaravitsemuksen yleisyyden suhteen (Orell-Kotikangas 2014b, 15). Vajaaravitsemuksella tarkoitetaan energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saannin puutetta, ylimäärää tai epäsuhtaa niiden tarpeeseen nähden. Vajaaravitsemus aiheuttaa haitallisia muutoksia kehon kokoon ja koostumukseen sekä potilaan toimintakykyyn. (Nuutinen ym. 2010, 3605.) Sairaalassa vajaaravitsemuksen riskin seulontaan käytetään NRS 2002 -menetelmää (Nutritional Risk Screening 2002) (Haglund ym. 2007, 179). Vuonna 2010 julkaistun ravitsemushoitosuosituksen mukaan jokaisen sairaalapotilaan vajaaravitsemusriski tulee seuloa NRS 2002 -menetelmällä viimeistään toisena hoitopäivänä (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2234). Tänä päivänä on vielä haasteena, miten hoitohenkilö- ja lääkärikunnalle suhteellisen vieraat ravitsemustilan seulontamenetelmät saadaan osaksi potilaan päivittäistä hoitoa (Orell-Kotikangas 2014b, 15).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia potilaan ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä vuodeosastolla. Tehtävinä on selvittää miten sairaanhoitajat arvioivat potilaan ravitsemustilaa, miten sairaanhoitajat kokevat NRS 2002 -menetelmän käytön vuodeosastolla ja miten sairaanhoitajat saavat NRS 2002 -menetelmän käytön osaksi arjen toimintaa vuodeosastolla. Opinnäytetyö toteutetaan laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen, koska menetelmä soveltuu parhaiten

kuvaamaan sairaanhoitajien omakohtaisia kokemuksia. Tämän työn tavoitteena on tuottaa tietoa ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä hoitotyössä, sekä löytää keinoja, joilla NRS 2002 -menetelmän käyttö saadaan osaksi arjen toimintaa vuodeosastolla. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Työelämän toiveesta opinnäytetyöstä on rajattu pois ravitsemushoitoon liittyvät asiat.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia potilaan ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä vuodeosastolla.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

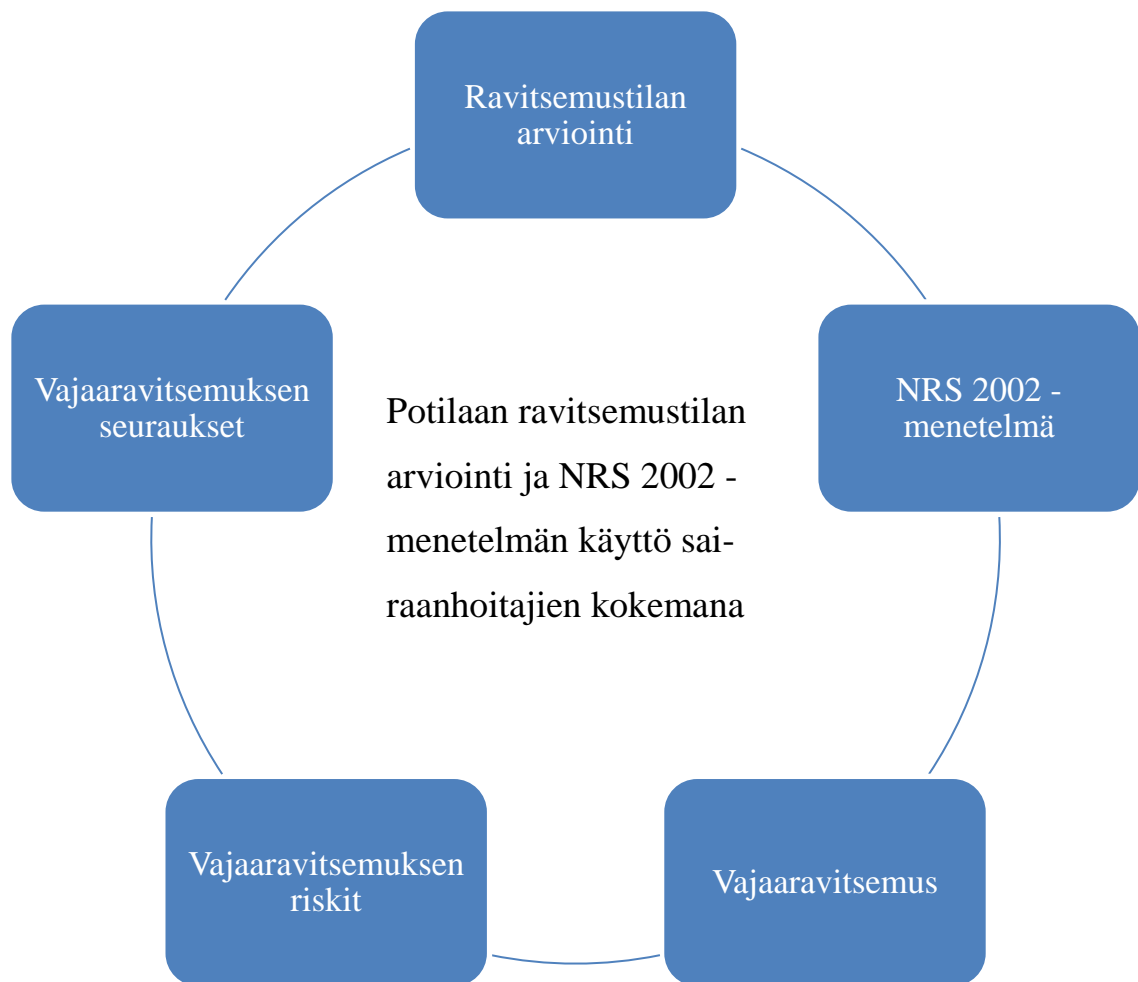
1. Miten sairaanhoitajat arvioivat potilaan ravitsemustilaa?
2. Miten sairaanhoitajat kokevat NRS 2002 -menetelmän käytön vuodeosastolla?
3. Miten sairaanhoitajat saavat NRS 2002 -menetelmän käytön osaksi arjen toimintaa vuodeosastolla?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä hoitotyössä. Tavoitteena on löytää keinoja, joilla NRS 2002 -menetelmän käyttö saadaan osaksi arjen toimintaa vuodeosastolla.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön aiheena on potilaan ravitsemustilan arviointi ja NRS 2002 -menetelmän käyttö vuodeosastolla sairaanhoitajien kokemana. Keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat ravitsemustilan arviointi, NRS 2002 -menetelmä, vajaaravitsemus, vajaaravitsemuksen riskit ja vajaaravitsemuksen seuraukset (kuvio 1).



KUVIO 1. Keskeiset käsitteet

3.2 Potilaan ravitsemustila ja sen arviointi

Optimaalisella ravitsemustilalla tarkoitetaan riittävää energian ja ravintoaineiden saantia niin, että saavutetaan paras mahdollinen terveydentila (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 14). Tällöin ihmisen elimistössä on riittävät varastot välttämättömiä ravintoaineita kudosten kasvuun ja uusiutumiseen, elimistön normaaliin toimintaan ja sairaus- ja stressitilojen varalle. Ravitsemustila kuvaa terveyttä, joka vaikuttaa ihmisen päivittäiseen jaksamiseen, sairauksista toipumiseen sekä elimistön kykyyn vastustaa tartuntatauteja ja muuttaa haitallisia aineita vaarattomaan muotoon. Ravitsemustilaan vaikuttavat ravinnon saanti ja elimistön kyky hyödyntää ravintoaineita. (Voutilainen, Fogelholm & Mutanen 2015, 162–163.) Jos ravintoaineiden saanti ei ole riittävää tarpeeseen nähden, potilaan ravitsemustila heikkenee. Ravitsemustilaa heikentää myös ravinnon tarpeen kasvu silloin, kun ravinnon saanti pysyy samana tai vähenee. Lisäksi ravitsemustila voi heikentyä, jos ravinnon hyödyntäminen huononee esimerkiksi vähentyneen imeytymisen tai lisääntyneen erityksen vuoksi. (Voutilainen ym. 2015, 163–164.)

Ravitsemustilan arvioinnin tavoitteena on löytää vajaaravitut ja vajaaravitsemuksen riskissä olevat potilaat (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 15). Arviointia tarvitaan myös ravitsemushoidon suunnittelua, toteutusta ja seurantaa varten (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 29). Sairaanhoidajalla on keskeinen rooli ravitsemustilan arvioinnissa, koska hän on helposti potilaan saavutettavissa ja seuraa potilaan voinnin muutoksia ja ruokailun toteutumista. Sairaanhoidajan tehtävänä on varmistaa, että potilaan ravitsemustila arvioidaan asianmukaisesti. Hoitajan tulee raportoida potilaan ravitsemustilaa koskevista muutoksista, jotta tilanteeseen ehditään puuttua mahdollisimman nopeasti. (Sinisalo 2015, 106, 204.) Yleisiä ravitsemustilan arviointimenetelmiä ovat potilaan ruokailutottumusten selvittäminen, antropometriset mittaukset, kliiniset tutkimukset, laboratoriotutkimukset ja seulontamenetelmät (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2007, 176).

3.2.1 Ravintoanamneesi

Tulohaastattelu ja esitiedot luovat perustan potilaan ravitsemustilan kokonaisarvioinnille. Ravintoanamneesissa on keskeistä selvittää potilaan ruokailutottumukset, ruokahalun ja

ruokailun muutokset, ateriarytmi, aterioiden annoskoko ja alkoholin käyttö. Huono ruokahalu, yksipuolinen ravinto ja pienet annoskoot kertovat usein riittämättömästä ravinnonsaannista. (Nuutinen, Siljamäki-Ojansuu & Peltola 2010, 3606.) Lisäksi selvitetään ruokavalioon vaikuttavat sairaudet, sairauksien aiheuttamat muutokset ja mahdolliset ruoansulatushäiriöt (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 17).

Potilas voi pitää ruokapäiväkirjaa ennen hoitoon tuloaan. Ruokapäiväkirjaan merkitään kaikki nautitut ruoat ja juomat, niiden määrät ja valmistustavat sekä ravintolisät ja päivän liikuntasuoritukset. Hoitaja saa tietoa potilaan ruokailusta ja ravinnon saannista myös seuraamalla potilaan ruokailua osastolla päivittäin. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 17, 218.) Osastolla potilaalle tuotu ruoka voi jäädä syömättä tai potilas voi syödä sitä valikoiden. Hän voi syödä myös tuotujen ruokien tilalla tai niiden lisäksi vierailijoiden tuomia ruokia. (Sinisalo 2015, 103.)

3.2.2 Antropometriset mittaukset

Antropometriin mittauksiin kuuluvat pituuden ja painon mittaaminen sekä niiden avulla laskettu painoindeksi. Painon seuranta on tärkein ja yksinkertaisin ravitsemustilan arviointimenetelmä. (Salo 2012, 64–65.) Potilaan punnitseminen tulisi tapahtua aina hoitoon tullessa (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 16). Pituus ja paino mitataan ilman kenkiä kevyissä sisävaatteissa ja yön yli kestäneen paaston jälkeen (Nuutinen ym. 2010, 3606; Salo 2012, 64). Mikäli mittauksia ei voida suorittaa, hyödynnetään potilaan ilmoittamia arvoja. Pituus ja paino voidaan selvittää myös omaiselta, mikäli potilas ei itse muista tai tilansa vuoksi kykene kertomaan pituus- ja painotietojaan. (Nuutinen ym. 2010, 3606.)

Painoindeksi lasketaan jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Painoindeksi ei ole luotettava alle 16-vuotiaiden, hyvin lihaksikkaiden tai voimakkaasta turvotuksesta kärsivien potilaiden painon arvioinnissa. (Sinisalo 2015, 101.) Pituus- ja painotietojen puuttuessa painoindeksistä saadaan karkea arvio mittaamalla olkavarren ympärysmitta. Alle 23,5 cm ympärysmitta viittaa alipainoisuuteen, jolloin painoindeksi on todennäköisesti alle 20. Sen sijaan yli 32,0 cm ympärysmitta viittaa ylipainoon, jolloin painoindeksin arvioidaan olevan yli 30. (Nuutinen ym. 2010, 3606.)

Painonlaskua voidaan pitää merkittävänä, kun paino on laskenut tahattomasti yli viisi prosenttia kuukaudessa tai yli 10 prosenttia puolessa vuodessa. Yli 30 prosentin painon menetystä pidetään vakavana ja henkeä uhkaavana tilana. (Orell-Kotikangas, Antikainen & Pihlajamäki 2014, 2233.) Painon menetyksestä voi kysyä myös potilaalta tai hänen omaiseltaan, mikäli tarkkoja painotietoja ei ole saatavilla. Sormusten ja vaatteiden löysyys voi myös viitata painon menetykseen. (Nuutinen ym. 2010, 3606.) Hoidon jatkuessa potilas tulisi punnita kerran viikossa ja tarvittaessa useammin (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 16). Punnituksen tulos kirjataan potilastietoihin, jotta painon muutoksiin pystytään varhaisessa vaiheessa reagoimaan (Sinisalo 2015, 102). Lisäksi sairaanhoitajan tehtävänä on motivoida potilasta seuraamaan painoaan myös kotona (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 16–17).

Sairaanhoitajan tulee huomioida, ettei painonmuutos aina anna luotettavaa kuvaa potilaan ravitsemustilasta, jos hänen nestetasapainossaan tapahtuu isoja vaihteluja. Tällainen tilanne voi esiintyä erityisesti munuaisten vajaatoiminnassa ja kriittisesti sairailta potilailla. Painonmuutos ei myöskään kerro sitä, onko potilas menettänyt lihas- vai rasvakudosta. Mikäli potilaan painon menetyksestä halutaan saada tarkempaa tietoa, voidaan hyödyntää kehonkoostumusmittausta sekä olkavarren ympäryksen ja ihopoimujen mittausta. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2233.) Ihopoimujen paksuus kertoo karkean arvion rasvakudoksen määrästä (Sinisalo 2015, 102). Lisäksi käden puristusvoiman mittaus antaa helposti ja nopeasti tietoa lihasten toimintakyvystä. Puristusvoiman on todettu olevan yhteydessä sekä potilaan ravitsemustilaan että lihasmassan määrään. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2233.)

3.2.3 Kliiniset tutkimukset

Kliininen tutkimus tehdään ensimmäisen kerran potilaan tulohaastattelun yhteydessä, mutta osastolla se on myös osa potilaan päivittäistä tarkkailua. Ulkoinen olemus antaa hoitotyön ammattilaiselle tietoa potilaan ravitsemustilasta. (Sinisalo 2015, 103.) Kliinissä tutkimuksessa kiinnitetään huomiota potilaan ihoon, lihaskatoon ja -voimaan, limakalvoihin, hiuksiin, kynsiin, eri elinten toimintaan ja mahdollisiin turvotuksiin ja kuivumiseen (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 16).

Kuiva, hilseilevä iho ja hauraat kynnet voivat viitata kuivumiseen ja ravintoaineiden puutostiloihin. Myös halkeilevat suupielet ja kuivat limakalvot voivat olla merkki huonontuneesta ravinnon- ja nesteensaannista. Hiusten oheneminen ja irtoaminen voi johtua kivennäisaine- ja vitamiinipuutoksista. Lisäksi turvotukset voivat liittyä matalaan seerumin albumiinipitoisuuteen. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 16.) Riittämätön energian ja proteiinin saanti saa pitkään jatkuneena kehon näyttämään kuihtuneelta, koska lihas- ja rasvakudoksen määrä vähenee. Tällöin myös posket voivat mennä lommolle ja silmät painua syvälle kuoppiinsa. (Sinisalo 2015, 103.) Kliinisiä merkkejä voi olla hankala havaita, ja usein havaittavat poikkeavuudet ovat epätarkkoja. Havainnot tulee kuitenkin kirjata ja ottaa huomioon oireina, koska ne voivat viestittää potilaan heikentyneestä ravitsemustilasta, kuivumisesta tai vajaaravitsemuksesta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 18.)

3.2.4 Laboratoriotutkimukset

Laboratoriotutkimukset täydentävät kliinisen tutkimuksen ja ravintoanamneesin tietoja. Niitä käytetään tiettyjen ravintoaineiden puutostilojen toteamiseen ja seurantaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 31.) Laboratoriotutkimusten avulla voidaan todeta myös tietyn ravintoaineen tai sen aineenvaihduntatuotteen määrä kudoksessa, veressä tai virtsassa (Haglund ym. 2007, 177). Yksittäistä vajaaravitsemukseen viittaavaa laboratoriotutkimusta ei kuitenkaan ole, jonka vuoksi esitietojen keräämisen ja kliinisen tutkimuksen merkitys korostuu (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2234). Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n (2009, 17) mukaan laboratoriotutkimukset ovat osittain epätarkkoja ravitsemustilan arvioinnissa ja niiden hyödyntäminen sopii lähinnä vain potilaan yksilölliseen seurantaan.

Yleisimmät ravitsemustilasta kertovat laboratoriotutkimukset ovat seerumin albumiini-, transferriini- ja prealbumiinimääritykset eli viskeraaliset proteiinit. Kyseessä voi olla aliravitsemustila, jos potilaan seerumin albumiini on alle 34 g/l, transferriini on alle 2,0 g/l ja/tai prealbumiini on alle 0,15 g/l. (Haglund ym. 2007, 177.) Prealbumiinin pitoisuus muuttuu nopeammin kuin albumiinin ja transferriinin pitoisuudet, joten se antaa tarkempaa kuvaa potilaan ravitsemustilasta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 31).

Sairaanhoitajan on hyvä muistaa, että albumiinipitoisuuksiin voivat vaikuttaa sekä ravitsemukselliset että ravitsemukseen liittymättömät tekijät (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 31). Albumiinipitoisuuksiin vaikuttavia tekijöitä ovat elimistön tulehdustila, maksasairaus, munuaisten vajaatoiminta, verituotteiden anto ja nestetasapainon häiriöt (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 18; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 31). Albumiinipitoisuus voi olla hyvin alipainoisella potilaalla myös viitearvojen rajoissa, mikäli potilas on menettänyt huomattavasti lihaskudosta (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2233). Potilaan verestä voidaan määrittää myös C-reaktiivinen proteiini, jonka avulla selvitetään johtuuko seerumin pienentynyt proteiinipitoisuus tulehduksesta vai vajaaravitsemuksesta (Nuutinen ym. 2010, 3607).

Määrittämällä plasman elektrolyytit, saadaan selville niiden mahdollinen puute tai ylimäärä veressä. Niiden avulla voidaan selvittää myös imeytymishäiriöön liittyvää vajaaravitsemusta, esimerkiksi hypokalsemiaa. Perusveren kuvan avulla saadaan selville muun muassa anemia, jonka ravitsemuksellisia syitä voivat olla raudan tai B12-vitamiinin puute. Kohonnut hemoglobiini saattaa viitata potilaan kuivumiseen. Kuivumistilasta voivat kertoa myös suurentuneet seerumin natriumin, kaliumin, kreatiniinin ja albumiinin pitoisuudet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 32.) Vajaaravitulla potilaalla voi olla myös muita veriarvioissa näkyviä muutoksia, kuten leukopeniaa eli valkosolujen vähäisyyttä veressä (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2234).

3.2.5 Seulontamenetelmät

Cederholmin ym. (2015) mukaan ravitsemustilan seulonta on pakollista kaikissa hoitopaikoissa. On todettu, että akuutteja ja kroonisia sairauksia sairastavilla potilailla on suuri riski päätyä vajaaravitsemustilaan. Heidän mukaansa diagnostisia tutkimuksia tarvitaan vain niissä tapauksissa, joissa seulontamenetelmän tulos viittaa vajaaravitsemukseen tai sen riskiin. Seulonnan tulisi olla herkkä tunnistamaan riskipotilaat, ja tunnistettujen riskipotilaiden diagnoosin tulee olla tarkka ja yksilöllinen. (Cederholm ym. 2015, 337.) Hoitotyössä täydellinen ravitsemustilan arviointi ei ole käytännöllinen tai kustannustehokas tapa arvioida potilaiden ravitsemustilaa. Sen sijaan ravitsemustilan seulonta on nopea ja yksinkertainen tapa löytää vajaaravitsemuksesta kärsivät ja sen riskissä olevat potilaat. (Suominen 2007, 22.)

Hyvä seulontamenetelmä tunnistaa luotettavasti vajaaravitsemuksen riskin ja erottelee ne potilaat, joilla riskiä ei ole. Menetelmän tulee olla näyttöön perustuva, hyvin toistettavissa ja sopia osaksi eri henkilöstöryhmien käytännön työtä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27.) Seulonnoilla löydetään juuri ne potilaat, jotka hyötyvät eniten ravitsemushoidosta. Lisäksi seulontojen avulla voidaan hyödyntää niukat ravitsemusterapiaressurit mahdollisimman tehokkaasti. Haasteena on, miten saada sekä hoitohenkilökunta että lääkärikunta kiinnostumaan vielä melko vieraasta asiasta. Jotta seulontamenetelmät saadaan osaksi potilaan päivittäistä hoitoa, tarvitaan jatkuvaa yhteistyötä eri henkilöstöryhmien välillä sekä aktiivista ravitsemusterapian ja -hoitokäytäntöjen kehittämistä. (Orell-Kotikangas 2014b, 15.)

Vajaaravitsemusta ja sen riskiä kartoittavien seulontamenetelmien käyttö kuuluu yleensä hoitajan tehtäviin. Jokaisessa toimipisteessä tulisi olla selkeät toimintaohjeet, jos seulonnan tulos viittaa vajaaravitsemukseen tai sen riskiin. Hoitohenkilökunnan tulee selvittää tilanteeseen johtaneet syyt ja mahdolliset vaikuttamiskeinot. Ravitsemusterapeuttia, sosiaalityöntekijää, kotisairaanhoidoa tai muita tahoja voidaan konsultoida tarvittaessa tilanteen selvittelyssä ja hoidon toteutuksessa. (Sinisalo 2015, 106.) Terveystieteiden tutkimuksessa käytetyimmät seulontamenetelmät ovat MUST-menetelmä (Malnutrition Universal Screening Tool), MNA-testi (Mini Nutritional Assessment) ja NRS 2002 -menetelmä (Nutritional Risk Screening 2002). MNA-testi on näistä yleisimmin käytössä. Menetelmät ovat osa sairaaloiden, hoitolaitosten ja vanhustenhuollon ravitsemustilan arvioinnin ja seurannan apuvälineitä, joita tulee käyttää säännöllisesti. (Sinisalo 2015, 106.)

MUST-menetelmä on tarkoitettu aikuisten vajaaravitsemuksen riskin seulontaan avoterveydenhuollossa. Sitä voidaan käyttää myös aikuisten ylipainon ja lihavuuden arviointiin. Menetelmässä huomioidaan painoindeksi, painon lasku viimeisten 3-6 kuukauden aikana, akuutin sairauden vaikutus ja toimintakyvyn heikkeneminen. Pisteitä potilaalle annetaan asteikolla 0-3, jossa 0 pistettä tarkoittaa pientä riskiä ja 2-3 pistettä suurta riskiä. (Haglund ym. 2007, 179.)

MNA-testi on yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin kehitetty hoitohenkilökunnan apuväline (Salo 2012, 64). Testi on kehitetty vuonna 1991 ja sitä käytetään edelleen yleisesti Euroopan maissa. Testi koostuu sekä seulonta- että määrittelysosiosta, joissa kysymysten vastausvaihtoehdot on pisteytetty. (Haglund ym. 2007, 179.) Testi sisältää yhteensä 18 kysymystä, joiden neljä pääaluetta ovat antropometriset mittaukset, yleistilan arviointi,

ravinnonsaanti ja potilaan oma arvio ravitsemus- ja terveydentilastaan. MNA-testistä voi saada enintään 30 pistettä. Yli 23,5 pistettä viittaa hyvään ravitsemustilaan, 17–23,5 pistettä ali- tai vajaaravitsemuksen riskiin ja alle 17 pistettä ali- tai vajaaravitsemukseen. (Suominen 2007, 23.) MNA-testi tulisi tehdä potilaalle kolmen kuukauden välein (Salo 2012, 65).

3.3 NRS 2002 -menetelmä

NRS 2002 -menetelmää (liite 1.) käytetään sairaalapotilaiden vajaaravitsemusriskin ja sen vaikeuden seulontaan (Haglund ym. 2007, 179). Menetelmän ovat kehittäneet Kondrupin ja ESPEN-järjestön (The European Society of Clinical Nutrition and metabolism) työryhmät (Nuutinen ym. 2010, 3605). Seulonnan tarkoituksena on löytää vajaaravitsemustilassa tai sen riskissä olevat potilaat. Ilman seulontaa potilaan vajaaravitsemusriski voi jäädä tunnistamatta. Tavoitteena on aloittaa vajaaravitsemustilassa ja sen riskissä olevien potilaiden ravitsemushoito mahdollisimman nopeasti. Varhain aloitetulla hoidolla voidaan ehkäistä vajaaravitsemuksesta aiheutuvia komplikaatioita. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2234.)

Vuonna 2010 julkaistun ravitsemushoitosuosituksen mukaan jokaisen sairaalapotilaan vajaaravitsemusriski tulee seuloa NRS 2002 -menetelmällä viimeistään toisena hoitopäivänä. Seulontamenetelmä on nopea, helppokäyttöinen ja luotettava soveltuen myös iäkkäille ja kirurgisille potilaille. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2234.) NRS 2002 -menetelmällä vajaaravitsemusriskin seulontaan menee aikaa noin 3-10 minuuttia riippuen arviointia tekevän ammattitaidosta, potilaan kunnosta ja painon punnitsemiseen käytetystä ajasta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 28).

NRS 2002 -menetelmästä voi saada enintään seitsemän pistettä. Pisteet määritellään ravitsemustilan heikkenemisen, aineenvaihdunnallisen vaikutuksen ja potilaan iän perusteella. Potilaan ravitsemustilan heikkenemiseen katsotaan kuuluvan painonlasku, ravinnonsaannin väheneminen ja painoindeksi. Aineenvaihdunnallinen vaikutus kertoo, miten sairauden fysiologinen tila lisää typen ja energian tarvetta. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2235.) Sairaudet luokitellaan niiden ravinnontarpeen mukaan neljään eri asteeseen normaalista vakavaan (Nuutinen ym. 2010, 3606). Lisäksi ikääntyminen lisää riskiä vajaaravitsemukselle. Tästä syystä potilas saa yhden lisäpisteen, mikäli hänellä on ikää 70 vuotta

tai enemmän. Kyseessä on riskipotilas, kun seulontamenetelmän yhteenlaskettu pistemäärä on vähintään kolme. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2235.) Tämä merkitsee tehostetun ravitsemushoidon tarvetta. Mikäli vajaaravitsemuksen riski havaitaan, potilaan ravitsemustila tulee arvioida yksityiskohtaisemmin viipymättä ravitsemushoidon suunnittelua ja toteutusta varten. (Nuutinen ym. 2010, 3605). Vajaaravitsemusriskin seulonta toistetaan sairaalahoidossa oleville potilaille viikon välein tai sovitusti potilaan tarpeen mukaan (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27).

3.4 Vajaaravitsemus

Vajaaravitsemuksella tarkoitetaan energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saannin puutetta tai epäsuhtaa niiden tarpeeseen nähden. Vajaaravitsemuksesta aiheutuu haitallisia muutoksia kehon kokoon ja koostumukseen sekä potilaan toimintakykyyn. Se vaikuttaa merkittävästi myös potilaan hoidon tuloksiin. Vajaaravitsemus sekoitetaan usein aliravitsemukseen. Aliravitsemuksella tarkoitetaan ainoastaan ravintoaineiden, useimmiten proteiinin ja energian puutetta. Tästä syystä kyseistä termiä ei suositella käytettäväksi hoitotyössä. (Nuutinen ym. 2010, 3605.) Potilaan ravitsemustila huononee, mikäli ravinnon saanti vähenee tai ravintoaineiden käyttö elimistössä muuttuu esimerkiksi lääkehoidon tai sairauden vuoksi. Lisäksi syynä voi olla ravinnontarpeen lisääntyminen tai kulutuksen suureneminen, esimerkiksi muuttuneen aineenvaihdunnan johdosta. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 130.)

Kansainvälisten tutkimusten mukaan sairaalapotilaista vajaaravitsemuksen riskiryhmään kuuluu noin 30 prosenttia ja sairaalapotilaista 25–50 prosenttia kärsii vajaaravitsemuksesta (Korhonen 2010, 10; Burgos ym. 2012, 470). Suomi ei eroa muista Euroopan maista vajaaravitsemuksen yleisyyden suhteen. Suomessa on arvioilta noin 500 000 riskipotilasta. (Orell-Kotikangas 2014b, 15.) Vajaaravitsemus ei usein näy päällepäin, joten valtaosalla näistä potilaista se jää tunnistamatta ja hoitamatta (Korhonen 2010, 10). Tästä syystä painon lasku ja vajaaravitsemustila voi tulla myös potilaalle itselleen yllätyksenä (Melville 2012, 15). Vajaaravitsemustila voi kehittyä kenelle tahansa painosta, iästä ja sukupuolesta riippumatta ja se voi ilmetä missä sairauden vaiheessa tahansa (Orell-Kotikangas 2014b, 14).

Vajaaravitsemuksen taustalla voi olla ensimmäisen tai toisen asteen vajaaravitseminen (Suominen 2007, 23). Ensimmäisen asteen vajaaravitsemuksella tarkoitetaan aliravitsemustilaa eli kroonisten ravintoaineiden puutetta. Toisen asteen vajaaravitseminen puolestaan tarkoittaa vajaaravitsemustilaa eli kroonisten ravintoaineiden puutetta ja kehon tulehduksellista tilaa yhdessä. (Suominen 2007, 23; Orell-Kotikangas 2014b, 14.) Aliravitsemustilassa ravitsemustila korjaantuu, kun syömistä häiritsevät tekijät saadaan poistettua ja ravinnonsaantia lisättyä (Orell-Kotikangas 2014b, 14).

Vajaaravitsemustilassa tulehduksen aste voi olla lievä tai keskivaikea, kuten usein kroonisissa sairauksissa. Vaikea tulehduksen aste voi puolestaan syntyä suurissa leikkauksissa, vakavissa aivotapahtumissa tai tehohoidossa. Mitä vaikeampi potilaan sairauden aste on, sitä suurempi on typen ja energian tarve sekä lihaskudoksen menetys. (Orell-Kotikangas 2014b, 14.) Burgosin ym. (2012, 470) mukaan on kuitenkin virheellistä ajatella vajaaravitsemuksen luonnostaan kuuluvan osaksi sairautta, eikä olisi tästä syystä hoidettavissa. Aliravitsemustilaan verrattuna vajaaravitsemustilan korjaamiseen ei riitä pelkkä ravinnonsaannin lisääminen. Potilaan vajaaravitsemustila korjaantuu vasta, kun sairauden aiheuttama aineenvaihduntaa hajottava tila saadaan korjattua. (Orell-Kotikangas 2014b, 14.)

Tällä hetkellä sairaanhoitajien peruskoulutuksen antama ravitsemuskoulutus ei tue riittävästi erikoissairaanhoidossa tarvittavaa ravitsemusosaamista. Koulutuksen vähyys näkyy muun muassa siten, että vajaaravitsemustilaa ei tunnisteta eikä hoideta, ravitsemushoidon käytännöt ovat epäselviä ja useat ruokatilaukset virheellisiä. (Torpstöm & Antikainen 2015, 12.) Erään artikkelin mukaan sairaanhoitajat kokevat ravitsemushoidon tärkeäksi osaksi potilaan hoitoa. Hoitajat pitävät tärkeänä myös ravitsemushoidon osaamisen lisäämistä. (Melville 2012, 15.) Tällä hetkellä sairaanhoitajien peruskoulutuksessa ravitsemusopetuksen osuus on noin yksi prosentti (Korhonen 2015, 12). Haasteita ravitsemushoidon osaamiselle tuovat myös väestön ikääntyminen, sairautteen liittyvän vajaaravitsemuksen yleisyys, hoitoaikojen lyheneminen, terveydenhuollon säästöpainet ja media (Korhonen 2015, 12). Näiden syiden vuoksi jatkossa tarvitaan enemmän ravitsemushoidon asiantuntijoita, selkeitä hoitokäytäntöjä ja tutkimuksia vajaaravitsemuksen hoidon vaikuttavuudesta (Orell-Kotikangas 2014b, 16).

3.5 Vajaaravitsemuksen riskit

Vajaaravitsemus ja sen riskit voivat johtua erilaisista fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä (Sinisalo 2015, 105). Euroopassa jopa 30 miljoonalla ihmisellä on riski ajautua vajaaravitsemukseen joko ikääntymisen, sairauden tai muun elämäntilanteen vuoksi. Vajaaravitsemus on kuitenkin yleisintä kotona tai hoitokodeissa asuvien ikäihmisten keskuudessa. (Packalen 2013, 15.)

Riittämätön ravinnon ja ravintoaineiden saanti tai niiden huono imeytyminen vaikuttavat ihmisen ravitsemustilaan heikentävästi. Heikentynyt ravitsemustila puolestaan lisää vajaaravitsemuksen riskiä. Ravinnon tarve voi suurentua esimerkiksi raskauden, imetyksen tai kudonvaurion yhteydessä. Potilaan ravitsemustila heikkenee, mikäli suurentuneesta ravinnontarpeesta huolimatta syödyn ruoan määrä tai laatu pysyy ennallaan tai vähenee. (Voutilainen ym. 2015, 164.) Ruokavaliota merkittävästi rajoittavat ruoka-aineallergiat voivat ajaa ihmisen yksipuoliseen ravitsemukseen, jolloin tärkeiden ravintoaineiden saanti voi heikentyä. Myös erilaiset imeytymishäiriöt, kuten esimerkiksi haimasairaudet ja hoitamaton keliakia voivat heikentää ravintoaineiden hyväksikäyttöä ja kehittää ihmiselle vajaaravitsemuksen. Vajaaravitsemuksen riskiä lisäävät myös pitkäaikaiset sairaudet, kuten syöpä tai eri elinten vajaatoiminnalliset tilat. (Sinisalo 2015, 105.)

Psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden osalta vajaaravitsemukselle altistavat muun muassa yksinäisyys, masennus ja taloudelliset vaikeudet (Parkkinen & Serti 2008, 181). Suuret elämänmuutokset, kuten läheisen kuolema, avioero tai laitoshoitoon joutuminen vaikuttavat usein ruokahaluun ja aktiivisuuteen heikentävästi. Eläkkeelle jääminen tai ikääntyminen voivat muuttaa sosiaalista verkostoa ja vaikuttaa samalla ruokailuvalintoihin. Nämä tekijät altistavat helposti vajaaravitsemuksen kehittymiselle, ellei niihin kiinnitetä erityistä huomiota. (Sinisalo 2015, 105.) Myös syrjäytymisellä sekä päihde- ja mielenterveysongelmilla voi olla huono vaikutus ravitsemukseen. Esimerkiksi päihteiden käyttäjä ei välttämättä tule riittävästi huolehtineeksi ravinnonsaannistaan. (Parkkinen & Serti, 181.)

Vajaaravitsemuksen riskit ovat moninaiset, eikä niiden jaottelu ole yksinkertaista. Yksi riskitekijä voi johtaa toiseen tai kolmanteenkin, joiden myötä vajaaravitsemus ajan myötä

kehittyy. Samoja riskejä voi esiintyä kaikilla ihmisillä iästä, terveydentilasta ja elämäntilanteesta riippuen. Tässä opinnäytetyössä vajaanavitsemuksen riskit ovat kuitenkin jaoteltu ikääntymisen ja sairauden näkökulmasta.

3.5.1 Ikääntymiseen liittyvät vajaanavitsemuksen riskit

Ikääntyminen on jo sellaisenaan yksi vajaanavitsemuksen riskitekijöistä, sillä terveydentila ja toimintakyky ovat merkittävästi yhteydessä ikääntyneiden ihmisten ravitsemustilaan, ruokailuun ja ravinnonsaantiin (Suominen ym. 2012, 176). Toimintakyvyn alenemisen syynä voi olla vähäinen fyysisen aktiivisuus, lihasvoimien heikkeneminen, muitisairaus tai muu avuntarvetta lisäävä tekijä (Suominen 2007, 25; Parkkinen & Sertti 2008, 181; Suominen 2013, 490). Ikääntyminen lisää myös lihaskunnan heikkenemisen, haurastumisen ja laihtumisen riskiä. Syynä tähän on etenkin yli 80-vuotiailla vähäinen ravintoaineiden saanti. (Suominen ym. 2012, 170.)

Vajaanavitsemusriski kasvaa etenkin niillä ikäihmisillä, jotka ovat riippuvaisia muiden avusta. Joidenkin ikäihmisten huono ruokahalu ja syömisen vaikeudet vähentävät ruuan syömistä. Vähentynyt ruokailu ja energiansaanti puolestaan johtavat painonlaskuun ja tärkeiden ravintoaineiden puutteeseen, ajan myötä ihmiselle kehittyy vajaanavitseminen. (Suominen 2007, 24–25.) Vajaanavitsemukseen johtavia riskitekijöitä voidaan tarkastella myös ikääntyneiden fysiologisesta näkökulmasta. Liikunnan väheneminen ja perusaineenvaihdunnan hidastuminen sekä hormonaaliset ja metaboliset syyt vaikuttavat ravinnontarpeen muutoksiin. Ikääntyessä esimerkiksi kylläisyyden tunnetta aiheuttavan kolekystokiniini -hormonin erityis lisääntyy, jolloin tuntemukset syömisen tarpeesta vähenevät. Lisäksi aistitoimintojen kuten maku-, haju- ja näköaistin heikentyminen eivät välttämättä tee ruokailusta mielekäästä. (Räihä 2012, 290.)

Aistitoimintojen heikkeneminen ja ruokahaluttomuus voivat johtua lääkkeitä ja niiden sivuvaikutuksista. Haitallisimpia sivuvaikutuksia ruokailun kannalta ovat pahoinvointi, oksentelu ja ummetus. Oireiden ilmaantuessa ruokailusta voi tulla vastenmielistä. Lääkkeet voivat aiheuttaa myös haju- ja makuaistimuutoksia, masennusta tai kognitiivisia muutoksia, joiden myötä ruokahalu voi kadota. (Hiltunen 2009, 3551–3552.) Lisäksi ikäihmisten syömistä voi hankaloittaa hampaiden huono kunto, proteesien huono istuvuus tai kuiva suu (Parkkinen & Sertti 2008, 181; Hiltunen 2009, 3552).

Muistisairaudet ovat osa ikääntymisen tuomia vajaaravitsemuksen riskitekijöitä. Sairaus johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen ja avuntarpeen lisääntymiseen. Muistisairailta esiintyy usein tahatonta painonlaskua, johon tulisi reagoida nopeasti. Painonlasku voi johtua siitä, ettei ihminen muista syödä ollenkaan tai riittävästi. Lisäksi ruokailuun voi liittyä nielemisvaikeuksia tai hahmottamisongelmia, jotka vaikeuttavat syömistä. (Suominen 2013, 490.) Hoitolaitoksissa iäkkäiden, etenkin muistisairaiden, vajaaravitsemuksen kehittymiseen vaikuttavat muun muassa potilaiden hidas syöminen ja avuntarve ruokailussa. Työntekijöiden vähäinen määrä, kiire ja puutteelliset tiedot ravitsemushoidon tärkeydestä lisäävät myös osaltaan potilaan vajaaravitsemuksen riskiä. (Salo 2012, 61.)

3.5.2 Sairauteen liittyvät vajaaravitsemuksen riskit

Suomessa joka kolmas sairaalapotilas kuuluu vajaaravitsemuksen riskiryhmään. Vajaaravitseminen on sairauden yhteydessä yleinen vaiva, mutta sen tiedostaminen ja tunnistaminen on terveydenhuollossa heikkoa. Ongelmaksi nousee yhtenäisten seulontakäytäntöjen puute. Lisäksi ongelmana on sekä hoitohenkilöstön että lääkärin vähäinen ravitsemusosaaminen ja tilanteen vakavuuden tiedostaminen. (Orell-Kotikangas 2014b, 15.) Sairaalahoitossa olevien potilaiden heikentyneeseen ravitsemustilaan tiedetään olevan yhteydessä pitkät hoitoajat, naissukupuolisuus, toimintakyvyn heikkeneminen, dementia, krooniset infektiot sekä fyysiset ja psyykkiset sairaudet (Pitkälä & Suominen 2010, 353). Suomessa on todettu, että ympärivuorokautisessa hoidossa olevilla potilailla on heikoin ravitsemustila (Suominen ym. 2012, 170).

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010) on listannut vajaaravitsemukselle altistavia tekijöitä sairauden aikana kolmesta eri näkökulmasta. Heidän mukaansa tärkeimmät sairauden aikaiset riskitekijät ovat vähentynyt ruokamäärä, imeytymishäiriöt ja sairaudesta johtuva kudostuho tai kiihtynyt aineenvaihdunta. Ruokamäärän vähenemiselle voi olla useita syitä. Sairaudet ja niihin liittyvät tutkimukset, sekä lääkkeet ja muu hoito voivat aiheuttaa ruokahaluttomuutta. Sairauden ja hoitojen myötä suu voi olla kipeä ja kuiva. Tästä seuraa syömis- ja nielemisvaikeuksia, jolloin ruoka ei maistu. Vähentyneen ruokamäärän syynä voi olla myös ummetus, ripuli, yleinen kivun tunne ja hammasongelmat. Sairauden aiheuttamalle kudostuholle tai kiihtyneelle aineenvaihdunnalle voivat puolestaan olla syynä erilaiset vammat, leikkaukset, krooniset haavat, yleinen tulehdustila tai syöpäsairaudet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 25.)

Vakavat sairaudet ja kudostuhot kiihdyttävät aineenvaihduntaa ja lisäävät näin ollen energian ja proteiinien tarvetta. Ravinnontarpeen lisääntyessä sairauden oireet ja kudosvauriot voivat samanaikaisesti kuitenkin vähentää ruokahalua. Tällainen yhtälö saa nopeasti aikaan ravitsemustilan äkillisen heikentymisen. Näin ollen sairaanhoitajan tulee tarkkaan huolehtia potilaan riittävän ravinnonsaannin ylläpitämisestä. (Voutilainen ym. 2015, 164.)

3.6 Vajaaravitsemuksen seuraukset

Vajaaravitseminen on huomattava kliininen ja taloudellinen ongelma. Vajaaravitsemuksen seuraukset näkyvät potilaan terveydentilassa, hoitoajoissa ja toipumisessa. Lisäksi seuraukset vaikuttavat terveydenhuollon kustannuksiin ja työmäärään. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010, 24.) Tässä opinnäytetyössä vajaaravitsemuksen seurauksia tarkastellaan potilaan näkökulmasta ja taloudellisesta näkökulmasta.

3.6.1 Potilaan näkökulma

Vajaaravitsemuksesta kärsivä potilas on usein väsynyt ja voimaton. Seuraukset ovat yhteyksissä toinen toisiinsa, sillä esimerkiksi väsymys ja voimattomuus voivat laskea mielialaa ja päinvastoin. Vajaaravitseminen heikentää potilaan toimintakykyä ja vähentää oma-toimisuutta. Elämänlaatu huononee ja ennenaikaisen kuoleman vaara lisääntyy. Vajaaravittu potilas altistuu muita helpommin infektioille ja painehaavoille. Lisäksi leikkaukskomplikaatioiden ja jälkitautien mahdollisuus lisääntyy, jolloin potilaan toipuminen hidastuu. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 24, 26.) Komplikaatioiden ja jälkitautien seurauksena potilaan sairaalahoidontarve pitenee keskimäärin 3-6 vuorokaudella (Orell-Kotikangas 2014a, 16). Vajaaravitsemuksen tiedetään vaikuttavan myös lääkelaikojen tehoon muuttamalla lääkkeiden imeytymistä ja jakautumista elimistössä (Ravitsemusneuvottelukunta 2010, 24).

Laihtuminen on vajaaravitsemuksen näkyvin oire. Akuutissa vaiheessa menetetty paino on pääasiassa rasvakudosta, mutta kroonistumisen myötä myös lihaskato kiihtyy. Jos

paino laskee puolessa vuodessa yli 10 prosenttia tai kuukaudessa yli viisi prosenttia, puhutaan merkittävästä painonlaskusta. Potilaalla on suuri riski menehtyä, mikäli tavoitepainosta menetetään 30–35 prosenttia tai lihaskudoksesta yli 50 prosenttia. Raju painonlasku johtaa sydämen ja keuhkojen vajaatoimintaan sekä keuhkokuumeeseen. Tästä johtuen merkittävä laihtuminen lisää etenkin sydämen ja munuaisen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden kuolleisuutta. (Orell-Kotikangas 2014a, 16.)

Ruokavalion huono laatu ja yksipuolisuus tai runsas alkoholinkäyttö saattavat heikentää ravitsemustilaa myös ilman painonlaskua. Tällöin lihasmassan ja rasvakudoksen suhde elimistössä muuttuu. Lihaskato aiheutuu ennen kaikkea vähäisen proteiinin saannin takia. Lihasmassan väheneminen heikentää potilaan liikunta- ja toimintakykyä, jonka seurauksena kehonhallinta heikkenee. Seuraukset etenevät kehonhallinnasta lisääntyneeseen kaatumaja murtumavaaraan. (Suominen ym. 2012, 171) Voidaankin siis ajatella, että vajaaravitseminen aiheuttaa potilaalle niin sanotun noidankehän, jossa seuraukset seuraavat toisiaan.

3.6.2 Taloudellinen näkökulma

Vajaaravitseminen on terveydenhuollolle ja yhteiskunnalle taloudellinen ongelma. Vajaaravittujen potilaiden pidentyneet hoitojaksot ja lisääntynyt hoidon tarve kasvattavat terveydenhuollon kustannuksia. (Packalen 2013, 15.) Kustannuksia kerryttävät myös lisääntynyt terveydenhuoltohenkilöstön tarve (Nuutinen ym. 2010, 3605). Vajaaravitsemuksen ja sen riskeihin liittyvien kustannusten on arvioitu olevan Euroopan tasolla 170 miljardia euroa ja tulevaisuudennäkymä näyttää edelleen noususuhteiselta. Vajaaravitsemuksen aiheuttamista kustannuksista on tehty tutkimuksia eri puolilla Eurooppaa. Vajaaravitun potilaan hoito maksaa keskimäärin 80 prosenttia enemmän kuin hyvässä ravitsemustilassa olevan potilaan hoito. (Packalen 2013, 15.) Ylipainoon verrattuna vajaaravitseminen aiheuttaa terveydenhuollolle kaksinkertaiset kustannukset (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2331).

Suomessa on vuosina 2006–2007 tutkittu vajaaravitsemuksen yleisyyttä hoitokodeissa ja pitkäaikaissairaanhoidossa. Tutkimuksen mukaan yli puolet pitkäaikaissairaanhoidon potilaista ja noin neljännes hoitokotien asukkaista kärsi vajaaravitsemuksesta. Lisäksi monella sairaalan tai hoitokodin asiakkaalla oli vajaaravitsemuksen riskitekijöitä. Suomessa

vajaaravitsemuksen onkin arvioitu lisäävän vuosittaisia hoitokustannuksia pitkäaikais-
hoitolaitoksissa 39 miljoonaa euroa ja akuuttihoidossa noin 49 miljoonaa euroa. (Packa-
len 2013, 15.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimusmenetelmässä on kyse ihmisten näkemysten kuvaamisesta sekä kokemusten, tulkintojen ja käsitysten korostamisesta. Kvalitatiiviseen tutkimukseen kuuluvat ihmisten uskomukset, asenteet ja käyttäytymisen muutokset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66.) Tutkimusmenetelmän avulla tutkitaan käsityksiin ja kokemuksiin liittyviä omakohtaisia merkityksiä. Merkitysten oletetaan sisältävän asioita, joita ihminen pitää omassa elämässään itsellensä tärkeinä. Tutkija ymmärtää ja tulkitsee tutkimuskohdetta omien kokemuksiensa ja ymmärryksensä valossa. Tästä syystä tutkittavan kohteen kokemukset ja käsitykset eivät koskaan tule tutkijalle täysin ymmärretyiksi. Totuuden löytämisen sijaan tavoitteena on osoittaa tutkimuskohteesta jotain, jota ei voida nähdä välittömän havainnoinnin avulla. (Vilkkä 2015, 119–120.)

Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska mielenkiintomme kohteena ovat sairaanhoitajien omakohtaiset kokemukset potilaan ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä. Laadullinen menetelmä soveltuu myös parhaiten kokemusten kuvaamiseen. Lisäksi aihetta on tutkittu vähän hoitotieteen puolella. Haastatteluaineistosta pyritään löytämään sellaisia kokemuksia ja ajatuksia, joita voidaan hyödyntää osaston toiminnan kehittämiseen. Meillä ei siis ole ennakko-oletuksia vastauksista, vaan haastattelut tehdään avoimin mielin. Tehtävien tarkentuminen on laadulliselle menetelmälle tavanomaista (Kylmä & Juvakka 2007, 28). Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat tarkentuneet prosessin aikana työelämäyhteyden toiveesta. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä hoitotyössä sekä löytää keinoja, joilla NRS 2002 -menetelmän käyttö saadaan osaksi arjen toimintaa vuodeosastolla.

4.2 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu perustuu etukäteen valittuihin keskeisiin teemoihin ja niihin liittyviin tarkentaviin kysymyksiin. Teemojen avulla pyritään löytämään vastauksia opinnäytetyön tehtäviin. Teemahaastattelussa korostuvat haastateltavien tulkinnat ja asioille antamat merkitykset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Teemahaastattelu valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, koska se mahdollistaa avoimen keskustelun pysyen kuitenkin aiheessa. Haastattelulla kerätään aineistoa sairaanhoitajien kokemuksista tutkittavaa aiheetta kohtaan. Haastattelun teemoja on kolme (liite 2). Teoriatiedon pohjalta ja työelämäyhteyden toiveista teemoiksi nousivat potilaan ravitsemustilan arviointi, NRS 2002 -menetelmän käyttöön liittyvät kokemukset ja NRS 2002 -menetelmän käyttöönotto osaksi arjen toimintaa vuodeosastolla.

Haastateltavat on hyvä valita joko tutkittavaa asiaa tai teemaa koskevan kokemuksen tai asiantuntemuksen perusteella. Kriteerinä siis on, että tiedonantajalla on omakohtainen käsitys tai kokemus tutkittavasta aiheesta. (Vilka 2015, 135.) Työelämäpalaverissa sovittiin haastatteluun liittyvistä käytännöistä. Haastateltavina toimivat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erään vuodeosaston neljä sairaanhoitajaa. Osastonhoitaja toimi haastatteluprosessin yhteyshenkilönä ja suoritti haastateltavien valinnan. Osastonhoitaja valitsi haastateltavat oman harkintansa mukaan osaston henkilökunnasta. Valintaan vaikuttivat kuitenkin haastateltavien vapaaehtoisuus ja kokemus aiheesta. Kaikki pyydettyt sairaanhoitajat suostuivat osallistumaan haastatteluun.

Haastattelussa tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa tutkitusta aiheesta. Onnistumisen kannalta on perusteltua antaa kysymykset tai aiheet haastateltaville jo etukäteen. Tällöin he ehtivät tutustua aiheisiin hyvissä ajoin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Haastattelujen ajankohdista sovittiin osastonhoitajan kanssa ja ne toteutettiin maaliskuussa 2016. Annoimme haastattelujen teemat haastateltaville etukäteen, jolloin heillä oli kuukausi aikaa tutustua niihin. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, ja yhden haastattelun kesto oli keskimäärin 30 minuuttia. Osallistuvilta sairaanhoitajilta pyydettiin ennen haastatteluja kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta (liite 4). Haastattelut tehtiin rauhallisessa ja puolueettomassa tilassa ja ne sisältyivät sairaanhoitajien työaikaan. Haastattelut äänitettiin sanelimella ja tallennettiin tietokoneelle salasanalla suojattuna välittömästi haastattelujen jälkeen.

4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Haastattelemalla saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän keino, jolla etsitään merkityssuhteita ja -kokonaisuuksia (Vilkkä 2015, 163). Sisällönanalyysillä pyritään muodostamaan tiivistetty ja yleistetty kuvaus tutkittavasta aiheesta säilyttäen kuitenkin aineiston alkuperäisen tiedon. Tällöin tiivistetyn aineiston pohjalta voidaan tehdä totuudenmukaisia johtopäätöksiä. Aiemmalla teorialiedolla ei ole kovin suurta merkitystä aineistolähtöisen sisällönanalyysin tekemisessä, vaan haastattelujen aineisto itsessään ohjaa analyysiä ja työn tulosten muodostumista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 103.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan kuvata kolmivaiheisena prosessina. Ensimmäisen vaiheen tarkoituksena on pelkistää aukikirjoitettu haastatteluaineisto karsimalla epäolennainen tieto pois. Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään käymällä huolellisesti läpi pelkistetyt ilmaukset. Aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Pelkistettyjen ilmausten ryhmittely muodostaa alaluokkia, joita yhdistämällä saadaan yläluokkia ja niistä edelleen pääluokkia. Viimeisessä vaiheessa aineistosta on eroteltu oleellinen tieto, jonka pohjalta muodostetaan vastaus tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–112.)

Aineistonkeruun jälkeen äänitetyt haastattelut kuunneltiin useasti ja ne aukikirjoitettiin sanasta sanaan pian haastatteluiden jälkeen. Kirjallista aineistoa kertyi yhteensä hieman yli 20 sivua. Kirjallinen aineisto luettiin läpi useaan kertaan ja sieltä poimittiin kaikki aiheeseen liittyvät alkuperäisilmaukset. Sen jälkeen alkuperäisilmaukset listattiin ja pelkistettiin (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset
Tää on niin tuore asia, vähän tässä tarvitaan aikaa tän käyttöönottoon	NRS 2002 -menetelmän käyttö on tuore asia
En mä nää tarpeelliseksi sitä ihan jokaiselle potilaalle tehdä	Menetelmää ei nähdä tarpeelliseksi tehdä kaikille
Se oli helppo tehdä, kun potilaan kanssa pystyy keskustelemaan	Lomakkeen täyttö on helppoa, kun potilaan kanssa pystyy keskustelemaan

Pelkistämisen jälkeen ilmauksista etsittiin yhtäläisyyksiä, jotka erottelimme eri väreillä Word-tiedostossa. Yhtäläisyyksistä muodostui ryhmiä eli alaluokkia (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Esimerkki alaluokkien muodostamisesta

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
NRS 2002 -menetelmä auttaa huomioimaan potilaan yksilölliset tarpeet	Ravitsemuksen huomiointi
Menetelmän myötä ravitsemukseen kiinnitetään huomiota	
NRS 2002 -menetelmän avulla voidaan paneutua ravitsemuksen ongelmakohtiin	
NRS 2002 -menetelmä on saanut miettimään hyvän ravitsemustilan tärkeyttä	

Sisällönanalyysi eteni muodostamalla alaluokista yläluokkia, joita muodostui yhteensä 13 (taulukko 3). Yläluokista muodostui lopulta kolme pääluokkaa (taulukko 4). Näitä

ovat sairaanhoitajien toteuttama ravitsemustilan arviointi osastolla, sairaanhoitajien kokemuksi NRS 2002 -menetelmän käytöstä ja NRS 2002 -menetelmän saaminen osaksi arjen toimintaa.

TAULUKKO 3. Esimerkki yläluokkien muodostamisesta

Alaluokka	Yläluokka
Yhteisistä toimintatavoista sopiminen	Yhteistyö
Lomakkeen täytön ajankohdasta sopiminen	
Moniammatillinen yhteistyö	
Lomakkeen täyttö yhdessä	
Menetelmän sisäistäminen	

TAULUKKO 4. Esimerkki pääluokkien muodostamisesta

Yläluokka	Pääluokka
Perehdytys	NRS 2002 -menetelmän saaminen osaksi arjen toimintaa
Yhteistyö	
Omatoimisuus	

5 TULOKSET

5.1 Sairaanhoidajien toteuttama ravitsemustilan arviointi osastolla

Tulokset kertovat sairaanhoidajien kokemuksista potilaan ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä. Tulokset on esitetty aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä syntyneiden luokkien mukaan niin, että pääluokat muodostavat tulosten otsikot. Tulokset on saatu haastattelemalla neljää Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eräällä vuodeosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Kaikki sairaanhoitajat olivat naisia ja työskentelivät samalla osastolla. Kukin sairaanhoitaja oli käyttänyt NRS 2002 -menetelmää 1-2 kertaa.

5.1.1 Ravitsemustilan arviointi osastolla

Kaikki haastateltavat sairaanhoitajat pitivät ravitsemustilan arviointia tärkeänä asiana ja oleellisena osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Haastatteluista kävi ilmi, että sairaanhoitajat arvioivat potilaan ravitsemustilaa havainnoimalla ja haastattelemalla. Kukin haastateltava kertoi havainnoivansa potilaan olemusta ja kliinisiä merkkejä sekä potilaan ruokailua osastolla. Potilaan olemus kertoo paljon ravitsemustilasta. Hoitajat kiinnittävät huomiota potilaan lihaskuntoon ja jaksamiseen sekä siihen, onko potilas ulkoiselta olemukseltaan hoikka. Haastatteluista kävi ilmi, että vajaan ravittu potilas voi olla myös normaali- tai ylipainoinen. Lisäksi osastolla havainnoidaan potilaan ihoa ja limakalvoja, sillä näiden kuivuus viittaa heikentyneeseen ravitsemustilaan. Ravitsemustilan arviointi on kuitenkin vielä melko epäsäännöllistä osastolla eikä sitä aina huomioida. Haastateltavat sairaanhoitajat myöntävät, että erityisesti hyväkuntoisen potilaan ravitsemustilaan kiinnitetään hoidon alussa hyvin vähän huomiota.

”Ihminen voi olla aika semmonen lihavahkokin, mutta se ruoan laatu on huonolaatusta.”

”Sitä tietenkin et onko potilas kuivunut, suu ja iho kuiva ja sitten tietenkin sitä potilaan kokonaisolemusta et onko kakektinen.”

Hoitajat arvioivat päivittäin potilaan ravitsemustilaa olemalla mukana ruokailutilanteissa. Potilaan ruokailua arvioidaan esimerkiksi syödyn ja juodun määrän sekä laadun perus-

teella. Lisäksi arvioidaan potilaan omatoimisuutta ja avuntarvetta ruokailutilanteissa. Kii-reellisinä päivinä potilaan ruokailuun ja ravitsemukseen ei kuitenkaan ehditä kiinnittä-mään tarpeeksi huomiota. Hoitajat saavat tietoa potilaan ravitsemustilasta myös haastat-telemalla. Tulosten perusteella hoitajat haastattelevat potilasta kotona toteutuneesta ruo-kailusta erityisesti tilanteissa, joissa potilaan ulkoinen olemus viittaa heikentyneeseen ra-vitsemustilaan. Haastattelun tietoja hyödynnetään NRS 2002 -menetelmän käyttöön.

”Siinä ruokailutilanteessa havainnoidaan miten se syöminen sujuu, pystyykö potilas yli-päättään syömään itse tai pystyykö syömään ollenkaan.”

Hoitajat hyödyntävät osastolla ravitsemustilan arviointiin erilaisia mittauksia. Hoitajat esimerkiksi punnitsevat jokaisen potilaan tulotilanteessa. Painon kontrollointi puolestaan tapahtuu erikseen määrättyiltä potilailta. NRS 2002 -menetelmää käyttäessä hoitaja laskee myös potilaan painoindeksin painon ja pituuden mukaan. Haastatteluista ilmeni, ettei vuodepotilailta tai muuten huonokuntoisilta potilailta juurikaan mitata painoa. Tällöin on mahdollista mitata kyynärvarren ja pohkeen ympärysmitta, mutta tätä tapahtuu osastolla haastateltavien mukaan hyvin harvoin. Hoitajien mukaan perusmittauksiin kuuluvat myös verenpaineen ja pulssin mittaaminen sekä niiden seuranta.

”Silloin kun potilas tulee, jos vaan ei oo vuodepotilas, niin silloin pyritään aina ottaan paino.”

Hoitajat seuraavat tarvittaessa potilaan nestetasapainoa huoneessa olevan nestelistan avulla. Nestelistaan merkataan vuorokaudessa nautittujen nesteiden määrä. Pääsääntöi-sesti listoja käytetään nesterajoitusten huomioimisessa ja riittävän nesteidensaannin var-mistamisessa. Joillakin potilailla, esimerkiksi sydämen vajaatoimintaa sairastavilla, nes-tetasapainoa seurataan hyvinkin tarkasti. Tulosten mukaan hoitajat tilaavat myös lääkärin määräyksestä laboratoriotutkimuksia, joiden perusteella arvioidaan neste- ja suolatas-a-painoa. Tällaisia laboratoriotutkimuksia ovat erityisesti hemoglobiini, natrium, kalium ja kreatiniini. Ravitsemustilasta tarkemmin kertovia laboratoriotutkimuksia, kuten albu-miini ja magnesium, otetaan harvemmin.

”Nestelista on pääsääntöisesti sen seuraamiseksi ettei mene liikaa nesteitä. Sit joillakin on taas sellaset tavoitteet, että täytyis saavuttaa joku nestemäärä.”

Haastateltavien mukaan ravitsemuksesta kirjataan osastolla päivittäin. Kirjauksista löytyy merkintöjä potilaan ruokahalusta ja syödyn ruuan määrästä. Poikkeukselliset ruokailutilanteet kirjataan herkemmin. Näitä ovat esimerkiksi avuntarve ruokailussa ja aterian syömättä jättäminen. Erityishuomioista raportoidaan usein myös suullisesti. Lisäksi nestelistojen määrät kirjataan päivittäin potilastietoihin ja NRS 2002 -menetelmän tulokset viedään keskeisiin tietoihin.

”Mä kirjasin moneen kohtaan sinne kun ohjeessa oli...sen pistemäärän ja sitten pyrin kirjaa siitä potilaan syömisestä ja paljonko syö ja niitä laatuja.”

5.1.2 Ravitsemustilan arviointiin liittyvät haasteet

Haastateltavien mukaan onnistuneen ravitsemustilan arviointiin tarvitaan riittävästi aikaa. Sairaanhoidajat toivat esille, että potilaan kanssa tulisi pystyä keskustelemaan rauhassa. Ajanpuute on osoittautunut haasteeksi osastolla. Sairaanhoidajat kokevat, ettei ravitsemustilan arviointiin ehditä riittävästi keskittymään ja kiireen keskellä se saattaa unohtua. Osa haastateltavista kokee myös tarvitsevänsä lisää tietoa ravitsemustilan arvioinnista. Ravitsemustilan arviointiin liittyvien tietojen saaminen on osastolla ajoittain haastavaa. Potilas voi olla tullessaan niin huonokuntoinen tai vuoteessa hoidettava, jolloin esimerkiksi paino- ja pituustietoja on vaikea saada. Ajoittain tulee vastaan myös potilaita, jotka tilan tai sairautensa vuoksi eivät pysty keskustelemaan arviointiin sisältyvistä asioista. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi laihtumisen ja kotona toteutuneen ruokailun arviointi. Lisäksi potilaalla ei välttämättä ole omaisia, joiden puoleen voisi tarvittaessa kääntyä. Osa sairaanhoidajista koki tietojen saannin olevan vaikeaa erityisesti niiltä potilailta, joilla vajaaravitsemuksen riski on todennäköinen.

”Se laihtumisen arviointi on monta kertaa varmaan potilaalle vaikee asia.”

”Ne jotka on siinä riskissä, niin monesti sitten tiedotkin on vaillinaisia, ettet saa niitä riittävästi.”

Arviointivirheiden mahdollisuudet asettavat omat haasteensa ravitsemustilan arvioinnille. Haastatteluista kävi ilmi, että sairaus voi antaa virheellistä tietoa potilaan ravitsemustilasta. Esimerkiksi potilaan sairastaessa sydämen vajaatoimintaa todellisen painon

saaminen suhteessa kehoon kertyneisiin nesteisiin on haastavaa. Tässä tapauksessa tavoiteltu painon putoaminen ei tarkoita ravitsemustilan heikentymistä, vaan ylimääräisten nesteiden poistumista kehosta. Lisäksi potilaan ulkomuoto ei aina kerro hänen ravitsemustilastaan, sillä vajaaravitsemuksen riskissä oleva potilas voi olla myös normaali- tai ylipainoinen.

5.2 Sairaanhoitajien kokemuksia NRS 2002 -menetelmän käytöstä

5.2.1 NRS 2002 -menetelmän käyttö osastolla

Kaikki haastateltavat pitivät ravitsemustilan arviointia ja NRS 2002 -menetelmää tärkeänä asiana. Tulosten mukaan ravitsemustilan arviointi kuuluu oleellisena osana sairaanhoitajan työhön ja potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Sairaanhoitajat pitivät positiivisena asiana, että ravitsemustilan arviointiin on kehitetty apuväline. Toisaalta sairaanhoitajat eivät koe menetelmän käyttöä tarpeelliseksi kaikille, eivätkä usko jatkossa käyttävänsä sitä joka potilaan kohdalla. NRS 2002 -menetelmä koetaan kuitenkin soveltuvan hyvin ravitsemustilan arviointiin. Haastatteluista kävi ilmi, että hoitajien pitäisi pystyä tunnistamaan potilaan huono ravitsemustila osastolla. Menetelmää pidetään hyvänä asiana, koska ilman sitä vajaaravitsemus tai sen riski voi jäädä huomioimatta. Menetelmän tuloksista voi myös ilmetä syy voinnin heikkenemiselle. Lisäksi osaston suuri potilasvaihtuvuus mahdollistaa tehokkaan vajaaravitsemuksen seulonnan NRS 2002 -menetelmän avulla. Kaikki haastateltavat pohtivat NRS 2002 -menetelmän soveltuvuutta osastollaan. Haastateltavat kokevat menetelmän käytön korostuvan enemmän pidemmällä hoitojaksoilla ja pitkäaikaishoitopaikoissa. Joidenkin potilaiden hoitojaksot ovat niin lyhyitä, että potilaat ehtivät kotiutua tai siirtyä jatkohoitopaikkaan ennen menetelmän käyttöä.

"Häneltäkin jos en ois tehnyt tätä menetelmää niin ois voinut jäädä huomioimatta tää vajaaravitsemuksen riski."

"Jossain pitkäaikaishoitolaitoksissa mä näkisin tän hyvin tärkeenä ja terveyskeskuksessa, missä potilaat on pidempään."

NRS 2002 -menetelmän käyttö on osastolla tuore asia ja käyttöönotto on vielä alussa. Näin ollen hoitajat joutuvat vielä harjoittelemaan menetelmän käyttöä. Kaikki haastateltavat toivat ilmi, että NRS 2002 -menetelmää käytetään osastolla hyvin vähän. Tois-
 taiseksi menetelmä tuntuu monelle vieraalta, joka on yksi syy käyttökokemusten vähäi-
 seen määrään. Lisäksi lomakkeen täyttö ei toteudu määräajassa, jolloin se saattaa unohtua
 kokonaan muiden töiden ohessa. Haastateltavat kokevat myös työmäärän lisääntyvän,
 kun menetelmän tuloksia joutuu kirjaamaan useaan paikkaan. Hoitajien mukaan menetel-
 män käytöstä puuttuu rutiininomaisuus. Vähäisestä käytöstä huolimatta haastateltavat ko-
 kevat NRS 2002 -menetelmän ohjeet selkeiksi ja lomakkeen täytön yksinkertaiseksi.

”Hyvin harvalla varmaan tälläkin hetkellä on osastolla se tehtynä.”

”No en pidä tutuna. En oo ku kahdelle potilaalle tehnyt vasta.”

”Ei se mun mielestä vaikee ollut täyttää et ihan yksinkertaisia juttuja siinä oli.”

Haastateltavat kokevat NRS 2002 -menetelmän käyttöön ottamisessa paljon hyötyjä. Esille nousi muun muassa ravitsemustilan vaikutus potilaan toipumiseen. Hyvä ravitse-
 mustila edistää sairauksien paranemista, jonka vuoksi menetelmän käyttöä pidetään ra-
 vitsemustilan arvioinnissa tärkeänä. Lisäksi menetelmän avulla saadaan tarkempaa tietoa
 potilaan ravitsemustilasta, kuin pelkällä silmämääräisellä arvioinnilla. Haastateltavien
 mukaan menetelmän käytön myötä ravitsemukseen voidaan kiinnittää enemmän huo-
 miota, jolloin myös potilaan yksilöllisiä tarpeita voidaan huomioida tarkemmin. Osa
 haastateltavista toi myös esille, että NRS 2002 -menetelmä on saanut heidät pohtimaan
 enemmän ravitsemustilan tärkeyttä. Lisäksi menetelmän käytöstä koetaan olevan hyötyä
 ravitsemushoidon jatkuvuuden kannalta, mikäli menetelmän tulokset kirjataan asianmu-
 kaisesti potilastietoihin ja hoitotyön yhteenvetoon. Menetelmän rutiininomainen käyttö
 osastolla toisi sairaanhoitajien mukaan järjestelmällisyyttä ravitsemustilan arviointiin. Li-
 säksi hoitajat toivat esille ravitsemustilan taloudellisen puolen. Heidän mukaansa hyvä
 ravitsemustila nopeuttaa toipumista, lyhentää hoitajaksoja ja siten vähentää taloudellisia
 kustannuksia.

”Ihan hyvää tietoa se antaa ja enemmän kuin sellainen silmämääräinen havainnointi.”

*”Kyllähän se ravitsemustila vaikuttaa. Se on jo taloudellinen kysymys, kun hoitajaksot
 pitenee vajaan ravitsemuksen takia.”*

Sairaanhoitajat toivat esille, että NRS 2002 -menetelmän tuloksiin reagoidaan osastolla aina tarpeen mukaan. Potilaiden toiveet ja yksilölliset tarpeet pyritään ottamaan huomioon ravitsemusmuutosten tekemisessä. Sairaanhoitajat ovat kuitenkin sitä mieltä, että yksilöllisten toiveiden toteuttaminen isoissa laitoksissa on rajallista. Ravitsemusmuutokset voivat koostua annoskoon, ruoan koostumuksen ja ruoan energiapitoisuuden muutoksista. Lisäksi hoitajat tarjoavat potilaille erilaisia täydennysravintovalmisteita esimerkiksi sairauden mukaan.

5.2.2 NRS 2002 -menetelmän käyttöön liittyvät haasteet

Haastateltavien sairaanhoitajien mukaan ajanpuute on yksi NRS 2002 -menetelmän käyttöön liittyvistä haasteista. Potilaiden nopea vaihtuvuus on osaksi syynä siihen, ettei menetelmää aina ehditä käyttämään tai sen käyttö unohdetaan. Hoitajat kokevat kiireen syynä myös siihen, ettei menetelmää ehditä tekemään määrääjassa. Lisäksi ajanpuutteen vuoksi NRS 2002 -menetelmän tuloksiin ja potilaan ravitsemukseen ei ehditä tarpeeksi puuttumaan. Ravitsemukseen puuttuminen koetaan osastolla osittain haasteelliseksi, sillä hoitajaksot ovat lyhyitä ja hoitokeinot rajallisia. Lisäksi yksilöllisten toiveiden toteuttaminen koetaan isoissa laitoksissa vaikeaksi.

Haastateltavat kokevat, että osastolla ei ole sovittu yhteisiä toimintatapoja NRS 2002 -menetelmän käyttöön. Haastatteluista käy ilmi, että menetelmä on monelle vieras eikä täysin tiedetä, miten sitä käytetään. Lisäksi perehdytyksen puute lisää haastetta menetelmän käyttöönottoon. Osa osaston sairaanhoitajista ei ole saanut menetelmän käyttöön liittyvää perehdytystä. Tästä johtuen menetelmän käyttö koetaan epävarmana.

”No en pidä tuttuna. En oo kun kahdelle potilaalle tehny vasta, ja en oo päässy koulutukseen sitä koskien.”

5.3 NRS 2002 -menetelmän saaminen osaksi arjen toimintaa

Haastateltavien mukaan NRS 2002 -menetelmän käyttöönotto vaatii hyvän perehdytyksen saamista, jotta jokainen hoitaja osaisi käyttää sitä osastolla. Perehdytyksessä kaiva-

taan tietoa lomakkeen sisällöstä ja täyttämisestä. Lisäksi osastolla kaivataan tietoa potilaan ravitsemustilan arvioinnista ja sen korjaamisesta. Haastateltavat toivovat, että osastolla painotettaisiin enemmän menetelmän tärkeyttä, jotta tiedetään millaisia hyötyjä sen käyttö tuo. Osastolla on menetelmään perehtynyt sairaanhoitaja, joka koetaan tarpeelliseksi menetelmän käyttöönotossa. Häneltä toivotaan apua ja tukea menetelmän käyttöön liittyvissä asioissa. Hoitajat kokevat tarvitsevänsä myös konkreettista ohjausta menetelmän käytöstä, jotta se saadaan osaksi arjen toimintaa. Käytännössä tämä tarkoittaa menetelmän systemaattista läpikäyntiä ja lomakkeen täyttöä yhdessä. Haastateltavat toivovat, että osastolla hyödynnettäisiin enemmän ravitsemusterapeutin osaamista. Hoitajat uskovat käytön lisääntyvän, mikäli perehdytyksen saaneet hoitajat jakavat tietoansa myös muiden käyttöön. Osan mielestä tulosten kirjaamista pitäisi yksinkertaistaa, sillä moneen paikkaan kirjaaminen koetaan päällekkäisenä työnä.

”Meil on nyt tää yks hoitaja, joka tätä menetelmää on tosiaan tuonut meidän osastolle. Ehkä hän kouluttais ja tois sitä tietoa.”

”Ihan vaikka vierikoulutusta, että mentäs yhdessä tekee ja näkis tän käytännössä.”

NRS 2002 -menetelmän saaminen osaksi arjen toimintaa vaatii yhteistyötä. Haastateltavien mukaan menetelmän käytöstä pitäisi keskustella yhdessä. Käyttöönotto vaatii järjestelmällisyyttä ja ennalta sovittuja toimintatapoja. Käytännössä osastolla tulee siis esimerkiksi sopia, missä ajankohdassa lomakkeen täyttö tehdään ja kenen vastuulla se kunkin potilaan kohdalla on. Osa haastateltavista toi esille, että lomake tulisi täyttää heti potilaan tulotilanteessa. On kuitenkin tärkeää viedä tietoa eteenpäin, mikäli lomaketta ei ole vielä ehditty täyttää potilaan tullessa. Hoitajat pohtivat myös omahoitajuuden hyödyntämistä vuorokohteisesti menetelmän käytössä. Vuorossa oleva omahoitaja voisi tarkistaa, onko potilastiedoissa merkintää menetelmän käytöstä. Jotta menetelmä saadaan osaksi arjen toimintaa, osastolla tarvitaan moniammatillista osaamista ja yhteistyötä. Käytännössä siis sairaanhoitajien ja lääkäreiden tulee molempien arvioida potilaan ravitsemustilaa kokonaisvaltaisesti. Lisäksi ravitsemustilan arvioinnissa ja NRS 2002 -menetelmän käytössä voidaan hyödyntää omaisilta saatua tietoa. Ravitsemusterapeutti on myös osa moniammatillista työyhteisöä, jota tulisi hyödyntää enemmän potilaan hoidossa. Lisäksi haastateltavat ehdottivat, että laitoshuoltajat voisivat viestiä enemmän esimerkiksi potilaan huonosta syömisestä.

”Pitäis vaan yhteisesti keskustella ja käydä sitä läpi osastotunneilla tai sitten osastolla.”

”Varmaan se meidän yhteistyö, että siinä on lääkäri mukana ja tarvittaessa ravitsemusterapeutti.”

Tulosten mukaan NRS 2002 -menetelmän käyttöönotto osastolla vaatii aikaa. Menetelmä saadaan osaksi arjen toimintaa jatkuvalla käytön lisäämisellä ja motivoinnilla. Menetelmän tekeminen pitäisi näkyä osastolla päivittäisessä työskentelyssä, jotta siihen on helppo tarttua. NRS 2002 -menetelmä tulee olemaan osa arjen toimintaa, kun se saadaan mukaan osaston rutiineihin ja käytäntöihin. Lisäksi käytön lisääminen vaatii jokaiselta hoitajalta omatoimisuutta ja vastuunottoa. Tulosten mukaan menetelmään perehtyminen vaatii hoitajalta myös itsenäistä tutustumista NRS 2002 -menetelmän ohjeisiin.

”Pitäis vaan tähän päivittäiseen työskentelyyn tulla osaks, että se tulis tutummaks... että se koettais hyödylliseksi siellä.”

POHDINTA

5.4 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia potilaan ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä vuodeosastolla. Tulosten mukaan kaikki haastateltavat sairaanhoitajat pitivät ravitsemustilan arviointia keskeisenä osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Myös Haglund ym. (2007) mukaan sairaanhoitajalla on ravitsemustilan arvioinnissa keskeinen rooli. Potilaan ravitsemustilan arviointi koostui sairaanhoitajien mukaan havainnoinnista, haastattelusta, erilaisista mittauksista ja nestetasapainon seurannasta. Opinnäytetyön tulokset ravitsemustilan arvioinnista vastaavat hyvin aikaisempaa teoriatietoa, mutta Haglund ym. (2007) mukaan arviointiin kuuluu oleellisena osana myös seulontamenetelmät. Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajien toteuttama ravitsemustilan arviointi käytännössä on kuitenkin epäsäännöllistä. Lisäksi seulontamenetelmien käyttö on vielä hyvin vähäistä. Orell-Kotikangas (2014b) on todennut seulontamenetelmien olevan vielä suhteellisen vieras asia hoitohenkilö- ja lääkärikunnassa. Tämä voi osittain selittää osastolla käytössä olevan NRS 2002 -menetelmän vähäistä käyttöä.

Sairaanhoitajat kokivat ravitsemustilan arvioinnin haasteiksi ajan ja tiedon puutteen, potilaan huonon yleistilan ja arviointivirheiden mahdollisuudet. Aikaisempaan tietoon verrattuna haasteita nousi esille laajemmin. Erityisesti ajan ja tiedon puutetta ei ole mainittu tämän työn lähteissä. Sairaanhoitajat pitävät NRS 2002 -menetelmää hyvänä asiana, koska ilman sitä vajaaravitseminen tai sen riski voi jäädä huomioimatta. Samaan johtopäätökseen ovat päätyneet artikkelissaan myös Orell-Kotikangas ym. (2014). Ravitsemushoitosuosituksen julkaisun mukaan jokaisen sairaalapotilaan vajaaravitsemusriski tulee seuloa NRS 2002 -menetelmällä viimeistään toisena hoitopäivänä (Orell-Kotikangas ym. 2014). Haastateltavat sairaanhoitajat eivät kuitenkaan usko jatkossa käyttävänsä menetelmää jokaisen sairaalapotilaan kohdalla, sillä he eivät näe menetelmän käyttöä tarpeelliseksi kaikille. Lisäksi lomakkeen täyttö ei tällä hetkellä toteudu osastolla määräajassa.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että NRS 2002 -menetelmään liittyviin haasteisiin sisältyy ajanpuute, lyhyet hoitojaksot, potilaiden yksilölliset toiveet sekä yhteisten toimin-

tatapojen ja perehdytyksen puute. Menetelmän käytöstä on toistaiseksi vähän tietoa käytännön tasolta, minkä vuoksi tuloksista nousseita menetelmän haasteita ei voida verrata aikaisempaan tietoon. NRS 2002 -menetelmän saaminen osaksi arjen toimintaa vaatii sairaanhoitajien mukaan hyvää perehdytystä, konkreettista ohjausta, moniammatillista yhteistyötä, yhteisesti sovittuja toimintatapoja ja omahoitajuuden hyödyntämistä. Myös Orell-Kotikankaan (2014b) tutkimuksen mukaan tarvitaan tiivistä yhteistyötä eri henkilöstöryhmien välillä ja jatkuvaa hoitokäytäntöjen kehittämistä, jotta seulontamenetelmät saadaan osaksi potilaan päivittäistä hoitoa. Kokonaisuudessaan tulokset osoittivat, että ravitsemustilan arviointi ja NRS 2002 -menetelmä koetaan hyödylliseksi. Lisäksi sekä opinnäytetyön tulokset että aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että ravitsemustilan huomioimisella on positiivisia vaikutuksia potilaan toipumiseen ja hoitotyön kustannuksiin.

5.5 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman luotettavaa tietoa. Luotettavuuden arviointi on tutkimuksessa välttämätöntä tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tutkija itse ja hänen rehellisyytensä luovat pohjan laadullisen tutkimuksen luotettavuudelle, koska työn kohteena ovat tutkijan tekemät teot ja valinnat (Vilkkä 2015, 196). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida menetelmän yleisillä luotettavuuskriteereillä. Näitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Uskottavuus kriteerinä merkitsee tutkimuksen ja sen tulosten totuudenmukaisuutta sekä sen osoittamista tutkimuksissa (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Lisäksi uskottavuus kuvaa sitä, miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset kattavat aineiston (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Tässä opinnäytetyössä uskottavuus näkyy siten, että haastateltavien sairaanhoitajien kokemukset on tuotu esille totuudenmukaisesti ja ymmärretty oikein. Työn uskottavuutta vahvistaa se, että tulosten raportoinnissa on käytetty haastateltavien suoria lainauksia kuvaamaan heidän kokemuksiaan. Uskottavuuden kannalta tutkijan tulee olla riittävän pitkä aika tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, koska tutkimukseen osallistuvan näkökulman ymmärtäminen vaatii aikaa (Kylmä & Juvakka

2007, 128). Opinnäytetyön tekijöillä on prosessin aikana ollut hyvin aikaa perehtyä aiheeseen ja kerättyyn aineistoon. Toisaalta opinnäytetyö on prosessina melko suppea, joka voi osaltaan heikentää työn uskottavuutta.

Vahvistettavuus tarkoittaa tutkimusprosessin kuvaamista niin selkeästi, että lukija voi seurata sen etenemistä ja tutkijan päättelyä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 139). Opinnäytetyössä vahvistettavuus näkyy siten, että prosessin vaiheet on kuvattu tarkasti ja lukijalle selviää, miten työn tuloksiin on päädytty. Yleensä kvalitatiivista tutkimusta yksin tekevä henkilö saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 197). Opinnäytetyön tekijöiden omat päätelmät ja tulkinnat ohjasivat analyysiprosessin eri vaiheita. Näin ollen kaksi opinnäytetyön tekijää lisää työn vahvistettavuutta, sillä se vähentää riskiä tulosten kapeakatseisille tulkinnoille.

Refleksiivisyys edellyttää tutkimuksen tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan. Tutkijan on siis arvioitava, miten hän vaikuttaa tutkimusprosessiinsa ja aineistoonsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aikaisempia yhteyksiä työelämäyhteyteen, mikä vähentää ennakko-oletuksia tutkittavasta aiheesta. Tekijät myöntävät kokemattomuutensa opinnäytetyön tekemisessä, mikä saattaa vaikuttaa esimerkiksi haastattelutilanteiden kulkuun ja aineiston analysointiin. Opinnäytetyöprosessin myötä tekijöiden tietoisuus aiheesta ja omista lähtökohdistaan on lisääntynyt. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirtämistä muihin vastaaviin konteksteihin (Tuomi & Sarajärvi 2013, 139). Siirrettävyyden kannalta tutkimuksen tekijän on oleellista kuvailla riittävän tarkasti tutkimuksen osallistujia ja ympäristöä (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tämän opinnäytetyön osallistujien kuvaus ja yhteistyötaho jäivät sovitusti epäselviksi anonymiteetin vuoksi. Opinnäytetyön tulokset on kuitenkin kuvattu tarkasti, jolloin niiden siirrettävyys toiseen ympäristöön on helpompaa.

5.6 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan ydin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Tutkimusetiikassa on kyse monista valinta- ja päätöksentekotilanteista ja näissä epäonnistuminen saattaa viedä pohjan koko tutkimukselta (Kylmä & Juvakka

2007, 137). Tutkimusetiikan yleisiä periaatteita ovat rehellisyys, kunnioitus, oikeudenmukaisuus, vapaaehtoisuus, haitan välttäminen, ja tutkimuksen hyöty yhteiskunnalle (Kylmä & Juvakka 2007, 138; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211-212).

Tässä opinnäytetyössä eettisyyden lähtökohtana on työelämälähtöinen aiheen ja menetelmän valinta. Rehelliys on ohjannut työn tekijöiden toimintaa koko prosessin ajan. Opinnäytetyön tekeminen edellytti suunnitelman tekoa ja tutkimusluvan saamista Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä ennen aineiston keräämistä. Saatekirjeessä sairaanhoitajille tiedotettiin etukäteen vastausten hyödyistä kehittää osaston toimintaa. Lisäksi sairaanhoitajia informoitiin opinnäytetyöhön osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja ennen haastattelua heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus osallistumisesta. Hoitajat osallistuivat haastatteluihin nimettöminä, joten he pysyivät anonymineinä. Opinnäytetyön tekijät kohtasivat haastateltavat kunnioittavasti ja tasa-arvoisesti. Aineistoa säilytettiin ja käsiteltiin luottamuksellisesti opinnäytetyön tekijöiden välillä.

Eettisyys näkyi tulosten raportoinnin totuudenmukaisuutena. Raportoinnissa huolehdittiin myös osallistuvien anonymiteetistä muokkaamalla tarvittaessa suorien lainausten murreilmaisuja. Haastatteleamalla saatu aineisto hävitettiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen asianmukaisesti. Tutkimustulosten raportoinnin mahdollisia virhelähteitä ovat ennakkoasenteista johtuvat väärät tulkinnat, tahallinen tulosten väärennys sekä tulosten virheellinen raportointi ja julkistaminen (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 371). Opinnäytetyön tekijät ovat tiedostaneet virhelähteiden mahdollisuudet ja välttäneet ne ryhtymällä työhön ilman ennakoasenteita, sekä perehtymällä luotettavuuden kriteereihin ja tutkimusetiikkaan jo työn alkuvaiheessa. Lisäksi työn toteutus ja tulokset on kerrottu avoimesti ja rehellisesti.

Yhteenvedon voidaan todeta, että tekijät ovat noudattaneet yleisiä luotettavuuskriteerejä ja tutkimusetiikkaa. Yhteistyö sujui hyvin koko opinnäytetyöprosessin ajan niin työn tekijöiden välillä kuin työelämäyhteydenkin kanssa. Opinnäytetyön tekijät kävivät kriittistä keskustelua työn eri vaiheissa. Opinnäytetyön etenemistä varten laadittiin aikataulu, joka myös toteutui hyvin. Lisäksi työn valmistumista edisti ohjauksen ja palautteen saaminen. Opinnäytetyössä käytetyt laadukkaat ja ajantasaiset lähteet lisäävät työn eettisyyttä ja luotettavuutta. Käytetyt lähteet ovat kaikki alle 10 vuotta vanhoja, jota pidetään myös Tuomen ja Sarajärven (2013, 159) mukaan lähteiden luotettavuuden kriteerinä. Lisäksi työssä

on käytetty myös kansainvälisiä lähteitä. Vajaaravitsemusta ja seulontamenetelmien käyttöä on tutkittu hoitotieteen puolella hyvin vähän. Työssä käytetyt lähteet ovat suurimmaksi osaksi peräisin ravitsemustieteilijöiden tutkimuksista ja artikkeleista. Tämän vuoksi opinnäytetyön tuloksia on vaikea verrata aikaisempaan tietoon hoitotyön näkökulmasta.

Opinnäytetyöprosessi on opettanut tekijöilleen kriittistä ajattelutapaa, yhteistyötä ja aika-
taulujen hallintaa, lähteiden käyttöä sekä asiatekstin kirjoittamista. Lisäksi prosessi on opettanut paljon laadullisen tutkimusmenetelmän käytöstä, sekä työn aiheesta eli ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä. NRS 2002 -menetelmä on osastolla vielä melko tuore ja vähän käytössä ollut asia. Pohdittavaksi jäi, olisiko työ ollut toteutukseltaan ajankohtaisempi myöhemmin, jolloin menetelmä olisi ollut osastolla käytössä pidemmän ajan.

5.7 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Työelämäyhteys voi hyödyntää tämän opinnäytetyön tuloksia toimintansa kehittämiseen. Sairaanhoidajien perehdytykseen osallistumista olisi hyvä lisätä, jotta kaikilla olisi samat valmiudet NRS 2002 -menetelmän käyttöön. Toisena vaihtoehtona voisi olla, että osastolla sovittaisiin perehdytykseen osallistuvat hoitajat, jotka jakaisivat tietoansa myös muiden käyttöön. NRS 2002 -menetelmän käyttöönottoa voisi kehittää myös sopimalla osaston yhteisistä toimintatavoista, esimerkiksi täytetäänkö lomake heti potilaan tulotilanteessa vai kenen vastuulla se muussa tapauksessa on. Mikäli vastuussa ollut hoitaja ei ole ehtinyt täyttää lomaketta, hänen olisi hyvä raportoida asiasta seuraavan vuoron hoitajaa.

Omahoitajuutta voisi hyödyntää osastolla enemmän vuorokohtaisesti, mikä ilmeni myös haastatteluista. Sen avulla menetelmä ei jäisi niin helposti käyttämättä. Käytännössä tämä tarkoittaisi esimerkiksi sitä, että vuorossa oleva hoitaja tarkistaisi onko omilla potilailla NRS 2002 -lomake täytetty. Tulosten pohjalta nousi myös ehdotus, että NRS 2002 -menetelmään liittyvää konkreettista ohjausta voisi lisätä. Osa haastateltavista toivoi, että lomaketta voisi alkuun täyttää jonkun asiaan perehtyneen hoitajan kanssa. Toisaalta menetelmän käyttö osastolla on vielä niin tuore asia, että käyttöönotto vaatii myös oman aikansa.

Jatkossa havainnointitutkimus hoitohenkilökunnan toteuttamasta ravitsemustilan arvioinnista olisi mielenkiintoinen tulevaisuuden tutkimusaihe. Jatkotutkimusehdotuksena olisi myös mielenkiintoista tutkia, miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu potilaan ravitsemustilan arvioinnissa ja hoidossa. Koska tästä opinnäytetyöstä on rajattu pois ravitsemushoidon osuus, jatkossa olisi hyödyllistä tutkia, miten ravitsemushoito toteutuu vajaaravittujen potilaiden kohdalla. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia määrällisesti, kuinka paljon sairaalahoidosta löytyy vajaaravittuja potilaita NRS 2002 -menetelmän avulla.

LÄHTEET

- Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Helsinki: WSOY.
- Burgos, R., Sarto, B., Elio, I., Planas, M., Forga, M., Canton, A., Trallero, R., Munoz, M., Perez, D., Bonada, A., Salo, E., Lecha, M. & Enrich, G. 2012. Prevalence of malnutrition and its etiological factors in hospitals. *Nutricion hospitalaria* 2/2012 (27), 469-476.
- Cederholm, T., Bosaeus, I., Barazzoni, R., Bauer, J., Van-Cossum, A., Klek, S., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Ockenga, J., Schneider, S., de van der Schueren, M. & Singer, P. 2015. Diagnostig criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clinical Nutrition* 34/2015, 335-340.
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2007. Ihmisen ravitsemus. 9. painos. Helsinki: WSOY.
- Hiltunen, P. 2009. Vanhusten aliravitsemus ja syömishäiriöt. *Suomen lääkirilehti*. 42/2009 (64), 3551–3554.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Korhonen, M. 2015. Valtaosa vajaaravituista potilaista jää tunnistamatta. *Terveys ja talous* 5/2015 (78), 10-12.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita publishing Oy.
- Leino-Kilpi H. & Välimäki M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Melville, T. 2012. Potilaiden vajaaravitsemus on tärkeä tunnistaa. *Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sanomat* 1/2012, 15.
- Nuutinen, O., Siljamäki-Ojansuu, U. & Peltola, T. 2010. Vajaaravitsemuksen riskin seurantaa. *Suomen Lääkirilehti* 44/2010 (65), 3605–3608.
- Orell-Kotikangas, H. 2014a. Sairauteen liittyvä vajaaravitsemus heikentää elämänlaatua. *Ravitsemuskatsaus* 1/2014 (36), 16.
- Orell-Kotikangas, H. 2014b. Tunnistetaanko vajaaravitsemuksen riski Suomessa? *Bolus* 1/2014 (20), 14–16.
- Orell-Kotikangas, H., Antikainen, A. & Pihlajamäki, J. 2014. Sairaalapotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. *Duodecim* 21/2014 (130), 2231–2238.
- Packalen, L. 2013. Vajaaravitsemus on kallista. *Ravitsemuskatsaus*. 1/2013, 15.

- Parkkinen, K. & Serti, P. 2008. Avain ravitsemukseen. 2. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Pitkälä, K. & Suominen, M. 2010. Ravitsemusongelmat. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. toim. Geriatria. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2009. Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille. 7. painos. Helsinki: Dieettimedia Oy.
- Räihä, I. 2012. Ikääntyneiden ravitsemus. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. 4.painos. Helsinki: Duodecim, 281–293.
- Salo, V. 2012. Kotipalvelun työntekijöiden koulutustarpeet ja ammatillisen kasvun tukeminen iäkkäiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Turun Yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Sinisalo, L. 2015. Ravitsemus hoitotyössä. 2. painos. Keuruu: Edita Publishing Oy.
- Suominen, M. 2007. Nutrition and nutritional care of elderly people in Finnish nursing homes and hospitals. Helsingin yliopisto. Ravitsemustiede. Väitöskirja.
- Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S., Strandberg, T. & Pitkälä, K. 2012. Ikääntyneiden ruokatottumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti. 2/2012 (49), 170–179.
- Suominen, M. 2013. Ravitsemus. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 3. painos. Helsinki: Duodecim.
- Torpstöm, J. & Antikainen, A. 2015. KYSin verkkokoulutus: Ravitsemushoito - osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Ravitsemusasiantuntija 3/2015, 12-13.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10.painos. Vantaa: Tammi.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4.painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Voutilainen, E., Fogelholm, M. & Mutanen, M. 2015. Ravitsemustaito. 2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

LIITTEET

Liite 1. NRS 2002 -menetelmä

NRS 2002 -menetelmä vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa¹

Päiväys

POTILAAN PERUSTIEDOT

Potilaan nimi		Henkilötunnus	
Pituus (cm)	Nykypaino (kg)	Painoindeksi BMI (kg/m ²)	Paino 3 kk sitten (kg)
	<input type="checkbox"/> punnitus <input type="checkbox"/> ilmoitus		

1 ARVIO RAVITSEMUSTILASTA

BMI	Laihtuminen edeltävän 3 kuukauden aikana	Ruoan määrä edeltävällä viikolla
<input type="checkbox"/> Yli 20,5 = 0 p.	<input type="checkbox"/> Ei ole laihtunut = 0 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt normaalin määrän = 0 p.
	<input type="checkbox"/> 5–10 % = 1 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt yli puolet = 1 p.
<input type="checkbox"/> 18,5–20,5 = 2 p.	<input type="checkbox"/> 10–15 % (yli 5 % / 2 kk) = 2 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt noin puolet tai alle = 2 p.
<input type="checkbox"/> Alle 18,5 = 3 p.	<input type="checkbox"/> Yli 15 % (yli 5 % / 1 kk) = 3 p.	<input type="checkbox"/> Syönyt erittäin vähän = 3 p.

Merkitse tähän suurin pistemäärä kohdista BMI, laihtuminen ja ruoan määrä

2 SAIRAUDEN VAIKEUSASTE RAVITSEMUSTILANTEEN KANNALTA

Vaikeusaste	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	3 pistettä	Pisteet
	Normaali tilanne	Lievä	Kohtalainen	Vakava	
		<ul style="list-style-type: none"> • heikentyneestä yleiskunnosta huolimatta jalkeilla oleva potilas • kroonisesti sairas potilas, joka on sairaalassa liitännäissairauden vuoksi • krooninen haava alle 25 cm² • paikallinen syöpä • alkoholi- tai huumeongelma 	<ul style="list-style-type: none"> • vuodepotilas • liikkuva potilas, jolla esim. levinnyt syöpä, vaikea suoliston tulehdussairaus, äskettäinen suuri vatsan alueen leikkaus, toistuvat leikkaukset, äskettäinen aivohalvaus, vaikea tulehdus, palovamma, painehaava, laaja krooninen haava, lonkkamurtuma, monivamma, akuutti leukemia 	<ul style="list-style-type: none"> • tehohoito • pään alueen vammat • kantasolusiirto • laihuushäiriö 	

3 JOS IKÄ ON 70 VUOTTA TAI YLI LISÄÄ 1 PISTE

SEULONTAPISTEET YHTEENSÄ (laske yhteen pisteet kohdista 1, 2 ja 3)

SEULONNAN TULOS JA TOIMENPITEET ERI RISKILUOKISSA

<input type="checkbox"/> 0 pistettä: Ei vajaaravitsemuksen riskiä	<ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 1–2 pistettä: <u>Vähäinen</u> vajaaravitsemuksen riski	<ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Motivoi potilasta hyvään ravitsemukseen. • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 3–4 pistettä: <u>Kohtalainen</u> vajaaravitsemuksen riski	<ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, tarvittaessa ravitsemusterapeutti). • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.
<input type="checkbox"/> 5–7 pistettä: <u>Vakava</u> vajaaravitsemuksen riski	<ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa seulontatulokset. • Tee tarkempi ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoitosuunnitelma sekä tehosta ja seuraa ravitsemushoitoa moniammatillisesti (lääkäri, hoitaja, aina ravitsemusterapeutti). • Tee uusi seulonta viikon välein tai sovitusti.

Liite 2. Teemahaastattelurunko

1. Potilaan ravitsemustilan arviointi
2. NRS 2002 -menetelmän käyttöön liittyvät kokemukset
3. NRS 2002 -menetelmän käyttöönotto osaksi arjen toimintaa vuodeosastolla

Liite 3. Saatekirje

SAATEKIRJE



9.11.2015

Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia potilaan ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002 -menetelmän käytöstä vuodeosastolla.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla Pirkanmaan sairaanhoitopiirin neljää sairaanhoitajaa. Osallistujat valitaan satunnaisesti osaston halukkaiden joukosta. Aineisto kerätään teemahaastattelulla, joka nauhoitetaan ja analysoidaan. Haastatteluun on hyvä varata aikaa noin tunti. Haastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluina rauhallisessa tilassa. Haastattelun teemoiksi muodostuivat potilaan ravitsemustilan arviointi, NRS 2002 -menetelmän käyttö ja NRS 2002 -menetelmän käyttöönotto osaksi arjen toimintaa vuodeosastolla.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhömmе osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus - tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole toisin sovittu.

Osallistumiseen haastatteluun antaa meille arvokasta tietoa opinnäytetyöhömmе. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstä, vastaamme mielellämme.

Opinnäytetyön tekijät

Noora Hiljanen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
noora.hiljanen@health.tamk.fi

Sanna Salmela
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
sanna.salmela@health.tamk.fi

Liite 4. Kirjallinen suostumuslomake

KIRJALLINEN
SUOSTUMUSLOMAKE**Potilaan ravitsemustilan arviointi ja NRS 2002 -menetelmän käyttö vuodeosastolla sairaanhoitajien kokemana**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia potilaan ravitsemustilan arvioinnista ja NRS 2002-menetelmän käytöstä vuodeosastolla, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

 Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön

Suostumuksen
vastaanottaja

 Haastateltavan allekirjoitus

 Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

 Nimen selvennys

 Nimen selvennys